Cour des comptes

LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Septembre 2016

Sommaire

Avant-propos ..... **V**

Délibéré ..... **VII**

Introduction générale **1**

Première partie Poursuivre le retour à l'équilibre des comptes sociaux et faire reculer la dette de la sécurité sociale **15**

Chapitre I La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un déficit en 2015 moindre que prévu, mais toujours élevé, une trajectoire de retour à l'équilibre incertaine **17**

I - En 2015, des déficits en réduction plus marquée qu'anticipé, mais encore élevés 20

II - Un rythme de réduction des déficits trop incertain à ce stade pour garantir un retour à l'équilibre avant 2020 46

Chapitre II L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2015 une dynamique non maîtrisée des soins de ville, une vigilance nécessaire en 2016, des économies supplémentaires importantes à rechercher en 2017 ..... **71**

I - La construction de l'ONDAM 2015 : des faiblesses de méthode persistantes 74

II - L'exécution de l'ONDAM 2015 : un respect fragile de l'objectif, une dynamique de dépenses toujours vive 89

III - Le plan triennal d'économies : un début d'exécution imparfaitement documenté en 2015, des biais favorables en 2016, de fortes tensions à prévoir pour 2017 107

Chapitre III Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2015 : avis sur la cohérence **121**

I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2015 124

II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2015 136

Deuxième partie Maîtriser plus vigoureusement les dépenses de santé pour assurer un accès plus équitable aux soins 149

Chapitre IV La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir 153

I - Une érosion des niveaux individuels de prise en charge, en dépit d'une part globale de financement par l'assurance maladie qui retrouve son niveau d'il y a 15 ans.....156

II - Un report progressivement croissant, coûteux et inégalitaire sur les assurances complémentaires 172

III - Un système de prises en charge à réexaminer 184

Chapitre V La prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre 205

I - Une dynamique de plus en plus vive.....208

II - Des mécanismes de régulation inopérants 218

III - Une maîtrise médicalisée des dépenses à organiser.....229

Chapitre VI Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder.....245

I - Une prise en charge par l'assurance maladie qui continue à se dégrader 248

II - La faiblesse persistante des pouvoirs publics et de l'assurance maladie face aux professionnels de santé.....265

III - Un mode d'organisation et de financement à repenser 274

Troisième partie Rendre l'hôpital plus efficient.....287

Chapitre VII La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical 289

I - Un enjeu croissant mais très imparfaitement suivi 292

II - Des dispositifs de régulation en cours de rénovation, mais en prise insuffisante sur les prescriptions 305

III - Mieux responsabiliser les prescripteurs hospitaliers.....314

Chapitre VIII La modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficience du système de soins à renforcer 327

I - Des avancées inégales dans le déploiement des systèmes d'information hospitaliers 330

II - Une politique nationale de soutien aux résultats encore limités.....340

III - De nouvelles étapes à engager 348

Quatrième partie Assurer la soutenabilité des retraites 363

Chapitre IX Les réformes des retraites des salariés du secteur privé : un redressement financier significatif, une méthode à redéfinir dans la perspective de nouveaux ajustements.....365

I - Une succession de réformes au rythme variable, des ajustements inégalement répartis 369

II - Un réel effort de redressement financier, la perspective de nouveaux ajustements 393

III - Un cadre de cohérence global à mettre en place pour les évolutions futures.....407

Cinquième partie Dégager des gains d'efficience et améliorer les performances de la gestion 421

Chapitre X La certification des comptes des régimes de base de sécurité sociale : une première étape réussie, de nouveaux enjeux.....423

I - Une amélioration significative de la qualité des comptes.....427

II - Un levier de modernisation et un facteur de transparence 440

III - Un exercice à adapter aux évolutions de la sécurité sociale 452

Chapitre XI La gestion du personnel des organismes de sécurité sociale : une stratégie de modernisation à définir sans tarder 467

I - Des progrès récents mais inégaux et inachevés.....470

II - Moderniser la gestion des ressources humaines.....490

III - Renforcer les conditions d'exercice du pilotage national 499

Chapitre XII La fonction informatique dans la sécurité sociale : un renforcement indispensable 505

I - Une fonction aux moyens substantiels et dispersés.....508

II - Une rationalisation inaboutie 518

III - Une priorité à donner à des évolutions structurelles.....528

Chapitre XIII La caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines : une survie artificielle, une suppression à organiser 541

I - Un régime désormais fermé et à la gestion intégralement déléguée, mais toujours déséquilibré sur un plan financier.....544

II - Une caisse devenue un simple opérateur de soins au déficit fortement sous-estimé 552

III - Organiser la fermeture de la caisse des mines 563

Annexes 571
Annexe n° 1 Le suivi des recommandations formulées par la Cour 573
I - Les suites données aux recommandations des trois derniers rapports.....577
II - Les différents types de suites apportées aux recommandations de la Cour : quatre illustrations.....589
Annexe n° 2 Récapitulatif des recommandations 597
Réponse des administrations et organismes concernés.....609

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 LO. 132-3 du code des juridictions financières et LO. 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.

Délibéré

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil en formation plénière, a adopté le présent rapport sur *La sécurité sociale : rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2016*.

Le rapport a été arrêté au vu du projet communiqué au préalable aux administrations et organismes concernés 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. Durrleman, Briet, Mme Ratte, MM. Vachia, Paul, Duchadeuil, Piolé, Mme Moati, présidents de chambre, MM. Bayle, Bertrand, Levy, Mme Froment-Meurice, M. Lefas, présidents de chambre maintenus en activité, MM. Ganser, Racine, Andréani, Mmes Morell, Saliou Françoise, M. Barbé, Mme Darragon, MM. Diricq, Charpy, Maistre, Martin, Ténier, Selles, de Gaulle, Uguen, Guédon, Mme Gadriot-Renard, MM. Baccou, Sépulchre, Arnauld d'Andilly, Mousson, Guéroult, Mmes Bouygard, Vergnet, MM. Feller, Viola, Mme Malgorn, MM. Migus, Terrien, Laboureix, de Nicolay, Mme Latare, M. Rosenau, Mme Dardayrol, MM. Rabaté, de La Guéronnière, Brunner, Mme Pittet, MM. Jamet, Suard, Ortiz, Cabourdin, Mme Bouzanne des Mazery, M. Basset, Mme Faugère, M. Rocca, Mme Périgord, MM. Brouder, Lallement, Dubois, Schwartz, Thévenon, Fialon, Chailland, Mmes Saurat, Toraille, Latournarie-Willems, Girardin, Child, Hamayon, de Puylaroque, conseillers maîtres, MM. Jouanneau, Sarrazin, Galliard de Lavernée, Blanchard-Dignac, Mme Revel, MM. Corbin de Mangoux, Margueron, Jau, Beauvais, conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ont été entendus :

- en sa présentation, M. Durrleman, président de la chambre chargée des travaux sur lesquels le rapport est fondé et de la préparation du projet de rapport ;

- en son rapport, M. Paul, rapporteur général, rapporteur du projet devant la chambre du conseil, assisté de M. Viola, conseiller maître, rapporteur général, et Mme Rouilleault, auditrice, rapporteure générale adjointe du présent rapport devant la chambre chargée de le préparer ;

- en ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, M. Johanet, Procureur général, accompagné de M. Diringer, avocat général.

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

Fait à la Cour, le 13 septembre 2016.

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 M. Lefas, président de chambre maintenu, MM. Banquey, Diricq, Selles, Viola, Laboureix, Rabaté, Mme Latare, MM. Rosenau, de la Guéronnière, Brunner, Jamet, Appia, Chailland, Mmes Saurat, Child, Hamayon, M. de Vignes de Puylaroque, conseillers maîtres.

Ce projet de rapport a été délibéré par la sixième chambre de la Cour les 16, 25 et 30 mars, 6, 11, 15, 18, 20, 21 et 27 avril, 2, 9, 13, 18, 25 et 27 mai, 10, 20, 22, 24, 27, 29, juin, 1er, 8 et 11 juillet 2016.

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

- en tant que contre-rapporteurs par M. Lefas, président de chambre maintenu, MM. Diricq, Selles, Laboureix, conseillers maîtres ;

- en tant que rapporteurs par MM. Banquey, Viola, Mme Latare, MM. Rosenau, Appia, Chailland, Mmes Saurat, Hamayon, conseillers maîtres, MM. Oseredczuk, Vasseur, Richard, Séville, Gatineau, conseillers référendaires, M. Puiseux, Mme Rouilleault, auditeurs, M. Bonnet, Mmes Crémault, Gérard-Chalet, MM. Kersauze, Parneix, Mme Prévost-Mouttalib, M. Riquier, rapporteurs, avec le concours de M. Bullier, Mme Chabbert, Mmes Daros-Plessis, Filidori, MM. Maurer, Pinatel, Sikora, experts, Mmes Apparitio, Pagliaroli, vérificatrices.

Le projet de rapport a été examiné et approuvé les 19 avril, 3 et 17 mai, 1er, 7, 14 et 30 juin, 6, 12 et 19 juillet 2016 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de MM. Migaud, Premier président, MM. Durrleman, Briet, Mme Ratte, MM. Vachia, Paul, rapporteur général du comité, MM. Duchadeuil, Piolé, Mme Moati, présidents de chambre et M. Johanet, procureur général, entendu en ses avis.

Introduction générale

Soixante-dix ans après sa création, la sécurité sociale est plus que jamais un instrument majeur de solidarité. Elle a versé au total en 2015 456 Md€ de prestations, soit un montant représentant 20,9 % du produit intérieur brut.

Malgré les efforts engagés pour redresser ses comptes et les résultats déjà obtenus, la persistance tenace de ses déficits, qui constitue une anomalie singulière au regard de la plupart de nos voisins, continue cependant à la fragiliser.

Comme chaque année en effet depuis 2002, la sécurité sociale est en 2015 demeurée en déséquilibre financier. Ce dernier a poursuivi un mouvement de baisse modérée : les déficits agrégés des régimes de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) sont passés de 12,8 Md€ à 10,2 Md€, ce qui a permis à la dette sociale d'engager, pour la première fois depuis 2001, un léger reflux.

Ce déséquilibre, qui continue à s'inscrire ainsi à un niveau élevé, se concentre désormais sur l'assurance maladie. Le déficit de la branche maladie (5,8 Md€ en 2015) représente désormais 85 % de celui du régime général. Il constitue, à lui seul, plus de la moitié du déficit total du régime général et du FSV.

Selon les prévisions gouvernementales de juin dernier, le redressement des comptes sociaux ne connaîtrait en 2016 qu'une nouvelle étape limitée et le retour à l'équilibre, sans cesse différé, n'interviendrait pas avant 2020. La dynamique de la masse salariale telle qu'elle peut être appréhendée à l'été pourrait rendre cependant plausible un surcroît non négligeable de recettes par rapport à ces prévisions. Cet apport ne doit pas être affecté au financement des dépenses supplémentaires de l'assurance maladie, mais à la réduction des déficits, qui doit constituer une priorité.

Le rétablissement d'un équilibre durable, d'ici à 2019 au plus tard, des régimes obligatoires de sécurité sociale et du FSV s'impose en effet comme une exigence majeure, pour ne pas continuer à nourrir la dette sociale.

Cette nécessité vaut tout particulièrement pour l'assurance maladie. Au-delà des seules problématiques de soutenabilité financière, il s'agit en effet de mettre un terme à une érosion rampante de la protection qu'elle assure, qui compromet l'égal accès de tous aux soins.

La Cour éclaire tout particulièrement les évolutions préoccupantes à cet égard qu'a connues le dispositif de prise en charge des dépenses de santé au cours de la dernière décennie. Elle met en lumière les réformes structurelles que ces dernières pourraient appeler et analyse les marges d'efficience qui peuvent être dégagées pour infléchir la dynamique des dépenses dans différents secteurs.

Cet effort est non seulement indispensable, mais possible, comme en atteste le redressement financier significatif du système de retraite des salariés du secteur privé du fait des réformes qui se sont succédé depuis le début des années 1990, même si le déficit du FSV appelle des mesures rapides et si de nouveaux ajustements pourraient s'avérer nécessaires.

⁂

Des déficits persistants qui appellent une maîtrise substantiellement renforcée des dépenses d'assurance maladie

En 2015, une réduction limitée des déficits, concentrés désormais majoritairement sur l'assurance maladie

Alors qu'une simple stabilisation était attendue, le déficit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est en définitive contracté à -10,2 Md€, soit une baisse de 2,6 Md€ par rapport à 2014, du même ordre que celle intervenue en 2014 par rapport à 2013. Le déficit propre au régime général et au FSV, qui constitue l'essentiel des enjeux financiers, s'est quant à lui réduit à -10,8 Md€, soit une diminution de 2,4 Md€.

En 2015, l'augmentation des ressources reflète l'incidence du lent redémarrage de l'activité économique sur la masse salariale. Bien que de moindre ampleur que par le passé, les mesures de hausse des recettes représentent néanmoins une part prépondérante de la baisse des déficits. Pour leur part, les dépenses ont progressé de manière générale à un rythme moins élevé, dans un contexte favorable de faible inflation.

Les déficits, dont la composante structurelle en constitue encore 40 %, sont désormais concentrés sur la branche maladie dont le déséquilibre - continu depuis 1992 - ne recule que faiblement (-5,8 Md€ contre -6,5 Md€ en 2014) et représente 54 % du total (contre 49,3 % en 2014).

La situation de de la branche vieillesse s'améliore en apparence très fortement (-0,3 Md€ contre -1,2 Md€ en 2014), mais ce retour à un quasi-équilibre masque une dégradation du solde du FSV (-3,9 Md€ contre -3,5 Md€ en 2014). De fait, le FSV porte l'essentiel du déficit de la branche, qui atteint ainsi en réalité -4,2 Md€ en 2015 (contre -4,4 Md€ en 2014).

En 2016, une diminution du déficit qui pourrait s'avérer en définitive de même ampleur qu'en 2015, un retour à l'équilibre avant 2020 encore incertain

Selon les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin dernier, le rythme de réduction des déficits marquerait le pas en 2016 (baisse de 1,6 Md€), sous l'effet d'une dégradation des hypothèses économiques (masse salariale, inflation) par rapport à celles de la loi de financement pour 2016. Encore ce montant intègre-t-il à ce stade, à hauteur de 0,7 Md€, l'effet positif d'une opération comptable très discutable, au bénéfice essentiellement de la branche maladie dont le déficit au lieu d'augmenter connaîtrait de ce fait une baisse. À défaut, le déficit se réduirait de 1 Md€ seulement en 2016, soit son rythme de réduction le plus faible depuis 2011.

En fonction notamment d'hypothèses de forte accélération de l'évolution de la masse salariale entre 2016 et 2018, qui apparaissent d'autant plus incertaines que les prévisions, du même ordre dans le passé ont été régulièrement démenties par les faits, le déficit prévisionnel du régime général et du FSV décroîtrait régulièrement jusqu'en 2019 (-6,9 Md€ en 2017, -4,1 Md€ en 2018, -1 Md€ en 2019) et ne disparaîtrait totalement qu'en 2020.

Cependant, il n'est pas exclu que les recettes connaissent en définitive en 2016 une évolution plus favorable (à hauteur de 1 à 2 Md€) que celle anticipée en juin dernier. Si tel était le cas, le déficit connaîtrait alors en 2016 une réduction analogue à celle de 2015, qui se répercuterait sur les soldes des exercices suivants.

En tout état de cause, un retour accéléré à l'équilibre des comptes du régime général et du FSV présente un caractère déterminant pour l'évolution de la dette sociale.

Un début de reflux global de la dette sociale, mais une augmentation de la part portée par l'ACOSS et exposée à un risque de taux

Après 13 ans de hausse ininterrompue, la dette sociale a commencé à refluer en 2015, à hauteur de 2,1 Md€, pour s'établir à 156,4 Md€, compte non tenu cependant de la dette supportée par les régimes de retraites des mines et des exploitants agricoles (3,7 Md€ au total). Son reflux s'amplifierait au cours des années suivantes si les prévisions de déficit sur cette période sont confirmées en exécution.

Cependant, le financement de cette dette n'est pas complètement consolidé. Si la dette déjà transférée à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) paraît en mesure de s'éteindre à son terme prévu de 2024, la trajectoire régulièrement différée de retour à l'équilibre des

comptes sociaux conduirait à laisser à l'ACOSS entre 20 et 30 Md€ de déficits accumulés à fin 2019, dont 14 à 16 Md€ dès fin 2016. Cette dette est financée à court terme et dangereusement exposée au risque probable de remontée des taux d'intérêt.

Son amortissement, comme celui des dettes des régimes de mines et des exploitants agricoles, doit ainsi être organisé sans retard. Alors que la capacité de reprise de dette par la CADES est désormais saturée, ce transfert devra obligatoirement être accompagné de l'affectation de ressources supplémentaires à cet organisme. Avant toute nouvelle augmentation de prélèvements, seraient d'abord à mobiliser à cet effet les réserves disponibles du fonds de réserve des retraites. Plus cette reprise tardera, plus les efforts à consentir seront lourds.

Des économies supplémentaires indispensables pour assurer le respect effectif de la trajectoire de l'ONDAM

Le respect de la trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux dépend, en priorité, d'une accélération de la réduction du déficit de l'assurance maladie qui représente la majeure partie du déséquilibre financier de la sécurité sociale. Indépendamment de toute évolution favorable des recettes qui pourrait, le cas échéant, être constatée, cette dernière suppose que l'évolution des dépenses prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) respecte strictement et effectivement le taux d'augmentation de +1,75 % fixé pour chaque année à compter de 2016 jusqu'en 2019.

Or, bien que connaissant une progression plus élevée (+2 % par rapport à 2014), l'ONDAM 2015, s'il a été respecté pour la sixième année consécutive dans son taux de progression comme dans son montant, a connu des tensions fortement accrues en exécution, sous l'effet d'une dynamique toujours plus vive qu'anticipé des différentes composantes des soins de ville. Une révision inédite à la baisse de la prévision des dépenses de prestations couvertes par des provisions a contribué à son respect.

La tenue de l'ONDAM en 2016 et 2017 sera, quant à elle, facilitée par un biais de construction majeur, qui se traduit, à présentation constante, par un taux de progression non pas de +1,75 %, mais en réalité de +1,9 % en 2016 et de +2 % en 2017. Même ainsi desserré en pratique, le respect de l'ONDAM, s'il devrait être assuré en 2016 en dépit de divers risques, apparaît nettement plus difficile à partir de 2017 du fait des pressions conjuguées qui poussent à la hausse des dépenses : revalorisations des rémunérations dans la fonction publique hospitalière, négociations conventionnelles avec les médecins et les autres professions libérales de santé, introduction de nouveaux médicaments coûteux.

En s'en tenant à ces changements de méthodes, à la dynamique salariale à l'hôpital et à la nouvelle convention médicale, des économies supplémentaires d'un montant de 2 Md€ s'avèreraient nécessaires, au-delà de celles déjà prévues à hauteur de 10 Md€ pour la période 2015 -2017, au demeurant insuffisamment documentées et suivies en réalisation. Toutes choses égales par ailleurs, elles auraient pour effet de ramener à +1,1 % la progression de l'ONDAM exécuté en 2017.

Ces constats appellent des réformes structurelles pour renforcer substantiellement la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, sauf à se résigner à la poursuite du désengagement de la sécurité sociale dans la prise en charge des soins.

La stabilité globale sur le long terme du taux moyen de remboursement masque en effet une tendance beaucoup plus contrastée selon la situation des assurés et la nature des dépenses. Au-delà d'une analyse des évolutions intervenues depuis 15 ans dans la répartition de la prise en charge des dépenses de santé entre assurance maladie obligatoire, assurance complémentaire santé et ménages, la Cour illustre par deux exemples leurs conséquences divergentes : le dynamisme considérable des dépenses d'assurance maladie liées aux affections de longue durée contraste ainsi fortement avec l'accentuation du désengagement de l'assurance maladie du financement des soins bucco-dentaires.

Redéfinir les modes de prise en charge pour maîtriser les dépenses d'assurance maladie et assurer un accès équitable aux soins

Une protection maladie à mieux organiser

La France a maintenu depuis 15 ans un haut niveau de prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire de base (76,8 % en moyenne en 2015). Cette stabilité recouvre cependant deux mouvements de sens opposé : une forte hausse des dépenses prises intégralement en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD) et une érosion de la prise en charge des autres dépenses, se traduisant par des restes à charge qui peuvent parfois être très élevés.

La couverture de ce risque a été reportée en grande partie sur les organismes complémentaires. Leur part dans le financement de dépenses de santé a ainsi nettement progressé en 15 ans. Cependant, le recours à une assurance complémentaire santé représente un coût très significatif pour les ménages et pour les finances publiques en raison de l'importance des aides fiscales et sociales à leur souscription. Les conditions financières d'accès à ces couvertures complémentaires sont néanmoins très inégales. Les complémentaires santé peuvent au demeurant dans certains cas laisser à la charge directe des ménages des sommes importantes, liées notamment aux dépassements d'honoraires et de tarifs.

La mixité de la couverture maladie, partagée entre assurance maladie obligatoire et assurances complémentaires, pose ainsi de lourdes questions d'inégalités dans l'accès aux soins, sans préjudice des difficultés qui en résultent pour un pilotage plus efficient du système de santé.

À périmètres d'intervention constants de l'assurance maladie et des assurances complémentaires, plusieurs mesures pourraient être prises afin de réduire les écarts de traitement entre assurés sociaux à niveau identique de dépenses, de limiter les risques de restes à charge trop élevés et d'accroître la solidarité financière entre les assurés.

En reconsidérant plus profondément l'organisation actuelle, une clarification des champs d'intervention respectifs de l'assurance maladie obligatoire de base et des assurances complémentaires mériterait d'être examinée, notamment par un décroisement des financements et des responsabilités entre ces deux étages de prise en charge des dépenses de santé. À plus long terme, il pourrait être envisagé de plafonner les restes à charge des assurés dans le cadre même de l'assurance maladie, en modulant le cas échéant le plafond en fonction des revenus et de la présence ou non d'une maladie chronique, comme pratiqué en Allemagne. Cela supposerait de reconsidérer les modalités de prise en charge financière des affections de longue durée. En tout état de cause, une meilleure régulation de ces dernières apparaît indispensable.

Une prise en charge des pathologies chroniques à moderniser

Progressivement élargi à un nombre croissant de maladies, le dispositif des ALD concerne aujourd'hui 11,3 millions de personnes, soit un doublement en 20 ans. Les dépenses qui y sont liées (89,3 Md€ en 2013) constituent désormais une part prépondérante (60,8 %) des remboursements de l'assurance maladie et connaissent une très vive dynamique qui devrait s'amplifier fortement à horizon 2025. Elles sont cependant très insuffisamment suivies, qu'il s'agisse des entrées et sorties du dispositif, du niveau des coûts par pathologie ou des disparités géographiques de ces derniers, qui apparaissent très importantes sans justification objective.

Les actions de l'assurance maladie pour réguler ces dépenses apparaissent très en deçà des enjeux et d'un effet plus que limité. Des mesures renforcées de gestion du risque sont ainsi à mettre en œuvre. Les rémunérations à l'acte apparaissent par ailleurs de plus en plus en décalage avec les modes d'organisation nécessaires au suivi continu et structuré des patients en ville. La confusion d'une demande légitime de prise en charge renforcée et d'un mécanisme financier d'exonération du ticket modérateur entretient une dynamique d'inflation des dépenses qui ne peut que conduire à une impasse.

Le caractère souvent pluridisciplinaire de la prise en charge des patients en ALD et la chronicisation de maladies de plus en plus fréquemment poly-pathologiques devraient ainsi conduire à mettre en place une rémunération globale et forfaitaire du médecin traitant. Elles devraient également pousser à expérimenter un dispositif d'enveloppe modulable par patient, comme cela existe à l'étranger, couvrant l'ensemble des prestations nécessaires et des rémunérations des différents professionnels de santé intervenant dans les soins prodigués.

Les soins bucco-dentaires, une prise en charge à refonder

Avec un montant de 10,6 Md€, les soins bucco-dentaires concentrent une part importante des dépenses de soins de ville (21,2 %). L'assurance maladie obligatoire ne rembourse plus désormais que 33 % de ces dépenses, les assurances complémentaires 39 % - elles en sont devenues le premier financeur - et les ménages 25 %.

La Cour a constaté un attentisme des pouvoirs publics face aux conséquences d'un désengagement de l'assurance maladie très sensibles pour les assurés sociaux. Le renoncement aux soins pour raisons financières touche près d'un assuré sur cinq. L'état de santé bucco-dentaire de la population apparaît médiocre par rapport aux pays européens comparables. L'incapacité des partenaires conventionnels à rendre effective une modération tarifaire des soins prothétiques, en dépit des engagements pris par la profession, marque un échec persistant.

Ces constats appellent à renforcer la prévention, à élargir les contrôles, à assurer l'effectivité des sanctions en cas d'irrégularités, à encourager le développement des réseaux de soins et à mieux maîtriser le coût des soins prothétiques.

Plus fondamentalement, la question se pose désormais de savoir s'il ne conviendrait pas, à terme, de s'orienter vers un nouveau cadre de prise en charge de ces soins. Ce dernier pourrait reposer notamment sur un décroisement des financements entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires : à la première reviendrait de financer à 100 % un suivi annuel obligatoire et les soins conservateurs associés, aux secondes de prendre en charge les soins prothétiques au premier euro. En outre, les professionnels pourraient faire l'objet d'un conventionnement sélectif, conditionné par des engagements précis et contrôlables.

Les efforts de maîtrise des dépenses ne sauraient cependant peser uniquement sur les dépenses de soins en ville, même si les constats de la Cour, année après année, mettent en évidence leur très vive progression. Ainsi, ils ne sauraient excepter l'hôpital, dont le poids global dans la dépense d'assurance maladie est nettement supérieur à celui observé dans d'autres pays.

Rendre l'hôpital public plus efficient

L'objectif d'une maîtrise plus rigoureuse des dépenses hospitalières nécessite une responsabilisation accrue de l'ensemble des acteurs de l'hôpital, et au premier chef des communautés médicales. Les prescriptions hospitalières représentent en effet des dépenses importantes (25 Md€ en 2014, soit 14 % des dépenses totales de l'ONDAM), quoique mal connues et imparfaitement mesurées. Leur croissance très rapide (+32 % en euros constants entre 2007 et 2014), du même ordre au demeurant qu'elles soient réalisées à l'hôpital lui-même (14 Md€) ou exécutées en ville (11 Md€), fait que près de la moitié des dépenses totales de prescriptions, ville et hôpital confondus, a désormais une origine hospitalière.

La mise en place de la tarification à l'activité n'a pas contrarié cette dynamique comme on aurait pu s'y attendre. Les mécanismes contractuels de régulation qui se sont superposés au fil du temps pour tenter de la maîtriser se sont révélés inopérants. Leur champ est resté partiel, ciblé sur les seules prescriptions exécutées en ville. Les mécanismes de contrôle et de sanction n'ont pas été effectivement appliqués. Surtout, les dispositifs mis en œuvre sont restés au niveau des directions administratives des établissements sans impliquer directement la communauté médicale pourtant première concernée. L'absence persistante et anormale d'individualisation des prescriptions, bien que tous les médecins disposent désormais d'un numéro d'identification, obligatoire depuis 2004, est révélatrice du trop peu d'attention portée au suivi des comportements des prescripteurs.

Un suivi individualisé des pratiques de prescription, l'usage plus développé des logiciels d'aide à la prescription, une coresponsabilité de la commission médicale d'établissement dans la préparation et la signature du nouveau contrat destiné à améliorer la pertinence et la qualité des soins que prévoit la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, une pénalisation automatique, en cas de non-atteinte des objectifs fixés, par des minorations tarifaires s'imposent ainsi.

La modernisation en cours des systèmes d'information hospitaliers, notamment médicaux, que la Cour et les chambres régionales des comptes ont analysée, est de nature à apporter une contribution importante à ces progrès indispensables. Sous l'impulsion de plans nationaux successifs, en particulier le programme « Hôpital numérique » en vigueur, le plus structurant, l'informatique hospitalière se modernise en effet progressivement. La prise de conscience des enjeux dont elle est porteuse par les communautés hospitalières, notamment le corps médical, constitue le fait majeur de ces dernières années. Elle a contribué à redéfinir les stratégies de développement informatique des hôpitaux.

Indépendamment des nouvelles étapes qui restent à franchir dans la modernisation de l'informatique hospitalière, l'objectif doit être aussi de jeter les bases de systèmes d'information en santé plus larges qui permettent de partager et d'enrichir les données de santé, de favoriser de nouvelles pratiques de prévention et de suivi des patients, de rationaliser les actes et les prescriptions en évitant leur redondance et de limiter les restes à charge pour le patient.

⁂

L'effort prioritaire et indispensable à conduire pour rétablir les comptes de la sécurité sociale doit ainsi avoir pour objectif central un retour rapide à l'équilibre de l'assurance maladie, en déficit permanent depuis 25 ans. Cela suppose une maîtrise beaucoup plus rigoureuse et plus active de la dépense de santé elle-même. Ainsi que la Cour l'illustre encore cette année comme elle l'a fait sur d'autres sujets dans ses rapports précédents, les marges d'efficience et d'économies sont considérables tant en ville qu'à l'hôpital. Alors que la France se distingue par un poids de ses dépenses de santé parmi les plus élevés au monde (11 % du PIB en 2015, taux dépassé seulement par l'Allemagne, la Suède, la Suisse, les Pays-Bas et les États-Unis) sans que l'état de santé de la population soit substantiellement meilleur que dans d'autres pays, un effort plus intense n'aurait au demeurant rien d'anormal.

L'exemple des réformes des régimes de retraite des salariés du secteur privé montre que cet effort est à portée si l'on s'en donne les moyens selon une démarche méthodique jouant sur l'ensemble des leviers disponibles.

Assurer la soutenabilité financière des retraites

Après avoir examiné dans de précédents rapports les retraites d'autres professions (salariés relevant des régimes spéciaux de la SNCF et de la RATP en 2012, exploitants agricoles et professions libérales en 2013 et artisans et commerçants en 2014), la Cour analyse l'évolution des régimes de retraites de base (CNAVTS) et complémentaires (AGIRC-ARRCO) des salariés du secteur privé. Ces régimes, qui sont les principales composantes du système de retraite et ont versé 181,9 Md€ de pensions au total en 2015, relèvent respectivement de la responsabilité de l'État et des partenaires sociaux. Alors que retraite de base et retraites complémentaires sont généralement analysées de manière distincte, cet examen conjoint permet de dresser un bilan d'ensemble des réformes successivement intervenues depuis 20 ans et d'apprécier leurs résultats.

Les réformes mises en œuvre depuis la fin des années 1980 ont agi de manière généralement progressive sur l'ensemble des paramètres des pensions. Elles ont contribué à ramener les régimes des salariés du secteur privé sur une trajectoire financière qui selon les prévisions est désormais proche de l'équilibre.

Néanmoins, la persistance de déficits importants du FSV vient contrarier cette perspective. En outre, selon des scénarios prudents, les déficits pourraient s'amplifier ou réapparaître dès la seconde moitié des années 2020 pour la branche vieillesse du régime général et également à l'AGIRC-ARRCO.

Un nouveau cadre de pilotage des régimes de retraite des salariés associant l'État, les partenaires sociaux et les gestionnaires des régimes de base et complémentaires devrait être défini afin de préparer les nouveaux ajustements que ces perspectives pourraient appeler.

Il permettrait de formaliser une approche transversale et coordonnée de l'évolution souhaitable des régimes et de convenir par anticipation des ajustements cohérents, équitables et progressifs qui pourraient être mis en œuvre en fonction de certains scénarios afin d'éviter des réactions trop tardives pour assurer l'équilibre financier des retraites, un report excessif des efforts d'ajustement sur les générations les plus jeunes ou une remontée de la dette sociale. L'identification des leviers possibles, à laquelle la Cour apporte une première contribution, et l'analyse précise et complète de leur incidence tant financière que sur la situation des assurés apparaissent comme des préalables indispensables à de tels mécanismes rénovés de pilotage et d'ajustement.

Améliorer l'efficacité de la gestion de la sécurité sociale

L'ensemble des secteurs de dépenses doit être mis sous tension d'efficience et d'efficacité accrue pour contribuer au redressement des comptes sociaux. À cet égard, les gains de productivité qu'autorise la modernisation de la gestion de la sécurité sociale nécessitent d'être plus complètement mobilisés.

La certification des comptes sociaux, un levier majeur de modernisation

Depuis son instauration, la certification des comptes des régimes de sécurité sociale par la Cour (régime général depuis 2006) et par des commissaires aux comptes (autres régimes depuis 2008) a permis des progrès considérables dans la transparence et la sincérité des comptes. Au-delà, elle a constitué un levier majeur de modernisation globale des procédures, des modes de gestion et des systèmes d'information des organismes de sécurité sociale en obligeant à une approche par les risques nouvelle dans ces institutions.

À l'heure où les objectifs de réduction des déficits appellent des efforts supplémentaires, la permanence de montants très significatifs de prestations sociales indûment versées du fait des faiblesses des dispositifs de contrôle interne qu'elle met en lumière appelle cependant un renforcement rapide de ces derniers. Il s'impose aussi pour réduire les erreurs commises au détriment des bénéficiaires dans l'attribution des prestations.

En outre, l'intégration financière et fonctionnelle croissante des différents régimes au sein du régime général, dont ils tendent à devenir de simples démembrements institutionnels, appelle des évolutions fortes. Elle devrait notamment conduire à mettre en place à terme rapproché des comptes combinés par risque de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV, soumis à certification, permettant de dépasser les limites persistantes, malgré des progrès, de l'information procurée par les tableaux d'équilibre et par le tableau patrimonial sur la cohérence desquels la Cour exprime un avis.

Une stratégie de modernisation à définir pour la gestion du personnel de la sécurité sociale

Les pouvoirs publics ont assigné aux régimes de sécurité sociale un objectif de réduction de leurs frais de fonctionnement de 1,4 Md€ sur la période 2015-2017. Les dépenses de personnel, qui représentent 4/5èmes de ces derniers, sont appelées à apporter une contribution majeure à cet effort d'économies.

Les politiques de gestion des ressources humaines mises en œuvre ont eu pour objectif de mieux maîtriser la masse salariale en accentuant la contrainte de restitution d'emplois et le cadrage de l'évolution des rémunérations. Elles sont loin d'avoir été sans résultat, en particulier au cours des années les plus récentes.

Bien que les effectifs aient baissé depuis une dizaine d'années (de l'ordre de 11 %), les démarches suivies n'ont cependant pas cherché à mobiliser tous les gains de productivité latents. Une durée du travail nettement inférieure à la durée légale, mais mesurée de manière très imprécise, et un absentéisme élevé et insuffisamment suivi, ont pour effet une productivité sensiblement inférieure à celle qui pourrait être attendue. Elle correspond, pour le seul régime général, à un potentiel de travail équivalent à environ 10 000 emplois à temps plein, soit 7 % des effectifs.

Les départs massifs à la retraite qui se profilent d'ici une dizaine d'années, de l'ordre de 55 000 pour le seul régime général, rendent indispensable et urgent le déploiement d'une stratégie de modernisation fondée sur une vision à moyen et à long terme qui fait aujourd'hui défaut, de manière à définir les trajectoires d'ajustement des effectifs et des compétences nécessaires.

L'ampleur du défi à relever devrait conduire plus fondamentalement à engager une réflexion globale sur l'organisation des responsabilités en matière de gestion des ressources humaines, ouvrant notamment la possibilité que les organismes nationaux deviennent les seuls employeurs des agents de leurs réseaux.

Une contribution de l'informatique à l'efficience de la gestion à renforcer

Comme cela a été souligné aussi pour l'hôpital, les systèmes d'information jouent un rôle incontournable dans l'exercice quotidien des missions des organismes de sécurité sociale. La fonction informatique des trois principaux régimes de sécurité sociale, qui emploie 9 000 salariés pour une dépense annuelle de plus de 1 Md€, est cependant insuffisamment mise à contribution pour réaliser des gains d'efficience. Malgré des réorganisations, la fragmentation institutionnelle, géographique et fonctionnelle des activités sur un nombre très élevé de sites et les freins statutaires à la mobilité affectent l'exercice des missions.

Des évolutions structurelles s'imposent, sauf à ce que la qualité de service, la performance opérationnelle et l'efficience ne soient dangereusement compromises. La fonction informatique est ainsi à considérer comme une priorité de premier rang pour constituer le levier d'une stratégie de modernisation cohérente.

Le choc démographique des toutes prochaines années offre à cet égard l'opportunité qui ne doit pas être manquée d'une réorganisation rapide et en profondeur, en facilitant une évolution nécessaire des métiers vers des fonctions à plus forte valeur ajoutée, permettant notamment de réduire le recours à des prestataires externes. Cette démarche ne prendra toute sa portée que si elle s'inscrit dans une dynamique de mutualisation accrue entre les différentes institutions de sécurité sociale.

Des réformes institutionnelles à parachever

La caisse autonome nationale de sécurité sociale des mines (CANSSM) fournit un exemple de réforme inaboutie qui doit désormais être menée à son terme. Suivant les recommandations formulées par la Cour en 2009, plusieurs évolutions majeures sont d'ores et déjà intervenues : la fermeture du régime minier de sécurité sociale à de nouvelles affiliations, la fusion de l'ensemble des caisses locales au sein de la caisse nationale, le transfert de la gestion de la totalité des prestations à d'autres opérateurs mieux à même d'assumer cette mission, dernièrement la gestion de l'ensemble des prestations maladie confiée à la CNAMTS depuis juillet 2015.

Depuis lors, la CANSSM ne remplit ainsi plus aucune des missions d'une caisse de sécurité sociale, mais exerce une tout autre fonction : le pilotage d'un réseau de plus de 260 structures de soins beaucoup plus lourdement déficitaire qu'affiché.

Sans attendre l'extinction à l'horizon 2060 du régime minier, la fermeture de la caisse nationale s'impose dans un délai rapproché, son offre de soins, restructurée au préalable, étant transférée à d'autres opérateurs.

⁂

Le déficit de la sécurité sociale n'est ni légitime, ni fatal. Solution de facilité, il n'empêche pas des reculs larvés de la protection sociale au détriment d'abord des plus fragiles qu'elle a pour mission de protéger par priorité, tout en reportant la charge de la dette sur la génération suivante.

Certes, le déséquilibre financier recule une nouvelle fois en 2015 et la dette sociale amorce un début de reflux. De telles embellies ont déjà été observées dans le passé. Elles n'ont pas été durables car l'effort s'est rapidement relâché.

Les perspectives des prochaines années ne sont pas assurées. Aux incertitudes économiques s'ajoutent celles portant sur les économies de dépenses d'assurance maladie, eu égard aux biais importants de construction de l'ONDAM, au caractère imprécis des mesures du plan ONDAM 2015-2017, à la dynamique non maîtrisée des dépenses de soins de ville et aux nombreuses dépenses supplémentaires qui s'additionnent et devront notamment être financées à partir de 2017.

Une mobilisation méthodique, tenace et opiniâtre de tous - pouvoirs publics, gestionnaires, professionnels de santé et assurés sociaux - est indispensable. Après 25 années de déficit continu - une génération entière -, revenir au plus vite à l'équilibre de l'assurance maladie est une priorité de première importance.

L'objectif n'est pas comptable. Il est celui de la préservation et de la modernisation d'un dispositif essentiel de solidarité.

Tarder à agir, c'est se résigner à devoir tôt ou tard accepter de nouvelles attritions de la couverture sociale.

Cet engrenage n'a rien d'inéluctable. Le déficit peut être résorbé à terme rapproché sans de nouvelles mesures d'augmentation des recettes, en mettant en œuvre sans faiblir des réformes structurelles visant à conjuguer amélioration du service rendu aux assurés sociaux, gestion plus efficace et efficience accrue des dépenses.

C'est dans cette perspective que s'inscrivent les analyses et recommandations qui suivent.

Première partie

Poursuivre le retour à l'équilibre des comptes sociaux et faire reculer la dette de la sécurité sociale

Chapitre I

La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un déficit en 2015 moindre que prévu, mais toujours élevé, une trajectoire de retour à l'équilibre incertaine

PRÉSENTATION

Dans ce chapitre, la Cour analyse l'évolution des comptes de la sécurité sociale en 2015 par rapport à 2014 et les prévisions retenues dans les lois de financement de la sécurité sociale pour 2015 et pour 2016.

En 2015, dans un environnement économique marqué par une croissance modérée du PIB et faible de la masse salariale, les déficits sociaux ont connu une baisse d'ampleur comparable à celle de 2014, plus nette cependant qu'attendu par les lois de financement. Ils n'ont toutefois pas retrouvé leurs niveaux d'avant la crise financière.

Le déficit de la branche maladie, en réduction plus soutenue qu'en 2014, représente désormais à lui seul plus de la moitié du déficit agrégé du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), celui de l'ensemble constitué de la branche vieillesse et du FSV en formant plus du tiers, en raison d'une nouvelle dégradation du déficit de ce fonds (I).

Au vu des prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2016, fondées sur les hypothèses macro-économiques associées au programme de stabilité 2016-2019 transmis en avril 2016 à la Commission européenne, la réduction des déficits risque de marquer le pas en 2016. Toutefois, si les recettes, notamment celles assises sur la masse salariale du secteur privé, s'avéraient en définitive meilleures qu'alors prévu, ce qui est plausible, les déficits continueraient à se réduire, à un rythme analogue à celui de 2015.

Les aléas entourant les nouvelles prévisions économiques pour 2016-2019 ne permettent pas à ce stade, toutes choses égales par ailleurs, de garantir un retour à l'équilibre avant 2020. La persistance de déficits pèserait alors sur le rythme du reflux de la dette sociale, entamé en 2015, et accroîtrait celle encore portée par l'ACOSS en dépit du transfert opéré à la CADES en 2016 (II).

I - En 2015, des déficits en réduction plus marquée qu'anticipé, mais encore élevés

La baisse des déficits du régime général et des autres régimes obligatoires de base engagée après la crise financière des années 2008-2009 s'est poursuivie en 2015, à un rythme comparable à celui de 2014.

Le déficit agrégé du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est réduit de 2,4 Md€ par rapport à 2014. Celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV a connu une diminution du même ordre (soit 2,6 Md€).

Toutes les branches du régime général ont réduit leur déficit - ou maintenu leur excédent pour la branche AT-MP - pour la seconde année consécutive, mais celui du FSV s'est de nouveau détérioré.

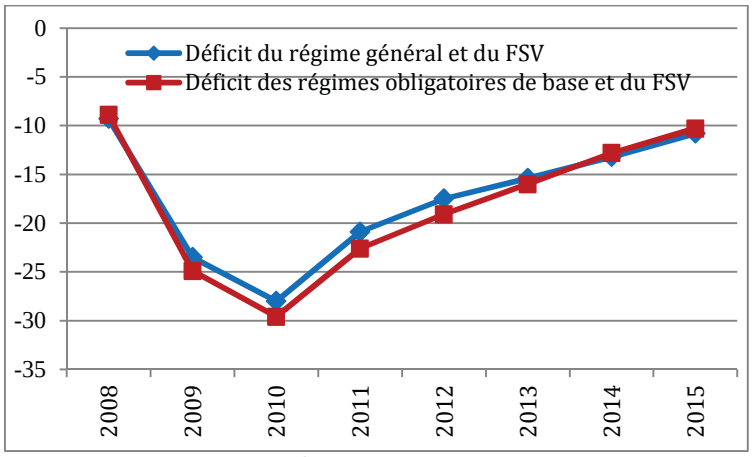
A - Une baisse des déficits supérieure à la prévision

1 - Des déficits en réduction, à l'exception de celui du FSV

Le déficit agrégé des régimes obligatoires de base et du FSV s'est établi à -10,2 Md€ en 2015, contre -12,8 Md€ en 2014, soit un niveau encore supérieur à celui d'avant la crise financière (-9,3 Md€ en 2007).

Graphique n° 1 : évolution des soldes des régimes de sécurité sociale et du FSV (2008-2015)

En Md€



Source : Cour des comptes d'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de juin 2016.

Il a poursuivi sa réduction, engagée en 2011, sur un rythme comparable à celui de 2014 (-20 % en 2015 et en 2014, contre -16 % en 2013 et -15 % en 2012), sous l'effet de la baisse du déficit du régime général et du maintien à l'équilibre des autres régimes obligatoires de base. Ainsi, le déficit du régime général s'est contracté de 2,8 Md€ en 2015 pour s'établir à -6,8 Md€, après une réduction de 2,8 Md€ l'année précédente, tandis que les autres régimes ont dégagé un excédent de +0,5 Md€ (contre +0,4 Md€ en 2014)[1].

Tableau n° 1 : évolution des soldes des régimes de base et du FSV (2009-2015)

En Md€

	Résultat 2009	Résultat 2010	Résultat 2011	Résultat 2012	Résultat 2013	Résultat 2014	Résultat 2015
Maladie	-10,6	-11,6	-8,6	-5,9	-6,8	-6,5	-5,8
AT-MP	-0,7	-0,7	-0,2	-0,2	+0,6	+0,7	+0,7
Famille	-1,8	-2,7	-2,6	-2,5	-3,2	-2,7	-1,5
Vieillesse	-7,2	-8,9	-6,0	-4,8	-3,1	-1,2	-0,3
Régime général	-20,3	-23,9	-17,4	-13,3	-12,5	-9,7	-6,8
FSV	-3,2	-4,1	-3,4	-4,1	-2,9	-3,5	-3,9
Total Vieillesse + FSV	**-10,4**	**-13,0**	**-9,5**	**-8,9**	**-6,0**	**-4,6**	**-4,2**
Total régime général + FSV	**-23,5**	**-28,0**	**-20,9**	**-17,5**	**-15,4**	**-13,2**	**-10,8**
Régimes obligatoires de base	-21,7	-25,5	-19,1	-15,1	-13,1	-9,3	-6,3
Régimes obligatoires de base + FSV	**-24,9**	**-29,6**	**-22,6**	**-19,2**	**-16,0**	**-12,8**	**-10,2**

Note : les totaux sont exacts à l'arrondi près.
Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2016.

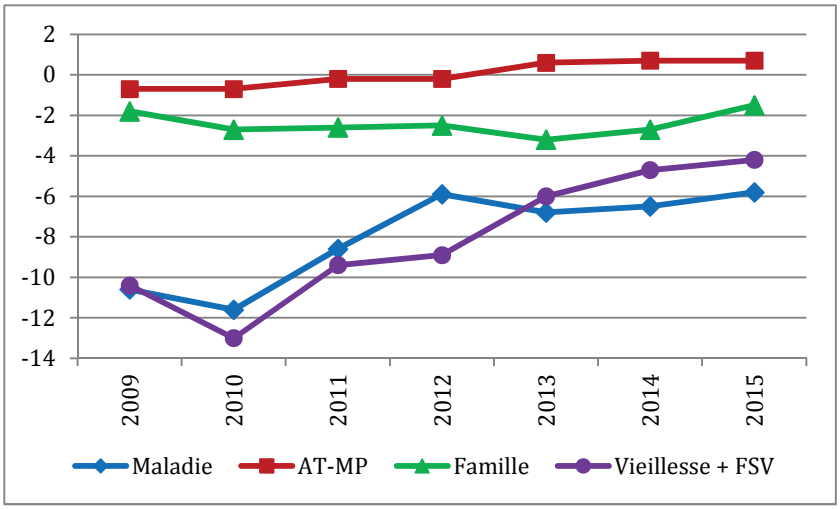
[1] Parmi ces autres régimes, sont notamment excédentaires la CNAVPL (+0,4 Md€) et la CNRACL (+0,3 Md€). Seuls restaient déficitaires le régime de retraite des exploitants agricoles (-0,3 Md€) et la caisse autonome nationale de sécurité sociale des mines (-0,1 Md€). Sur ce dernier organisme, voir le chapitre XIII du présent rapport : la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines : une survie artificielle, une suppression à organiser.

Pour la seconde année consécutive, les déficits des trois principales branches du régime général se sont réduits en 2015, l'excédent de la branche AT-MP se maintenant à +0,7 Md€. Le déficit de la branche famille s'est contracté de 1,2 Md€ (après 0,5 Md€ en 2014), celui de la branche vieillesse de 0,8 Md€ (2 Md€ en 2014) et celui de la branche maladie de 0,8 Md€ (0,3 Md€ en 2014).

Toutefois, la branche maladie n'a que simplement retrouvé en 2015 un déficit comparable à celui de 2012 ; il représente 54 % du déficit du régime général et du FSV en 2015 et 84 % de celui du seul régime général. Dans le même temps, l'amélioration du solde de la branche vieillesse du régime général, désormais proche de l'équilibre, s'est accompagnée d'une nouvelle dégradation du déficit du FSV, continue depuis 2013. Ce dernier a atteint -3,9 Md€ en 2015 (après -3,5 Md€ en 2014 et -2,9 Md€ en 2013). Le déficit agrégé de la branche vieillesse et du FSV s'est établi à -4,2 Md€ en 2015, après -4,6 Md€ l'année précédente.

Graphique n° 2 : évolution par branche des soldes du régime général et du FSV (2009-2015)

En Md€



Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2016.

2 - Un écart significatif par rapport à la prévision pour la seconde année consécutive

Le cadrage macro-économique pour 2015 n'a pas été profondément modifié durant l'exercice s'agissant des hypothèses d'activité et de masse salariale. Par rapport aux hypothèses inscrites fin 2014 dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015, la prévision de croissance du PIB en volume est restée inchangée en LFSS pour 2016, à +1,0 %. La prévision d'évolution de la masse salariale du secteur privé a pour sa part été ramenée de +2,0 % à +1,7 %. En revanche, l'hypothèse d'inflation (hors tabac) a été fortement révisée à la baisse, de +0,9 % à +0,1 %, comme l'illustre le tableau suivant.

Tableau n° 2 : variations du PIB et de la masse salariale (2011-2015)

En %

	2011	2012	2013	2014	2015		
					LFSS 2015	LFSS 2016	Réalisé
PIB en valeur	+3,1	+1,6	+1,2	+0,8	+1,9	+2,0	+2,3
PIB en volume	+2,1	+0,2	+0,4	+0,6	+1,0	+1,0	+1,2
Inflation (hors tabac)[2]	+2,1	+1,9	+0,7	+0,4	+0,9	+0,1	+0,0
Masse salariale (champ URSSAF)	+3,6	+2,1	+1,2	+1,5	+2,0	+1,7	+1,6
Effectifs moyens	*+1,1*	*+0,0*	*-0,6*	*+0,0*	*+0,1*	*+0,1*	*+0,1*
Salaire moyen	*+2,5*	*+2,2*	*+1,8*	*+1,6*	*+1,9*	*+1,6*	*+1,5*

Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2016, du programme de stabilité 2016-2019 et de l'INSEE.

[2] Il s'agit de l'évolution des prix à la consommation (hors tabac), qui s'écarte nettement en 2015 de l'évolution des prix du PIB (écart entre le PIB en valeur et le PIB en volume).

L'actualisation du cadrage macroéconomique pour 2015 s'est accompagnée à l'automne 2015 d'une révision par la LFSS pour 2016 des prévisions de déficit pour 2015[3] : le déficit agrégé du régime général et du FSV a ainsi été réduit de -13,4 Md€ à -12,8 Md€ et celui des régimes obligatoires de base et du FSV de -13,3 Md€ à -12,4 Md€.

Ces nouvelles projections sont apparues *a posteriori* très prudentes : le résultat constaté s'est révélé inférieur de 2 Md€ à la prévision ainsi ajustée. Une situation de cette nature avait déjà été rencontrée en 2014, avec une amélioration inattendue en fin de gestion de 2,2 Md€[4].

L'écart observé par rapport à la dernière prévision s'explique, pour l'essentiel, comme en 2014, par la conjonction de résultats du régime général plus positifs que projeté en recettes (+1,1 Md€ en 2015, après +1,7 Md€ en 2014) comme en dépenses (+ 0,9 Md€, après +0,5 Md€ en 2014).

En 2015, les recettes ont été tirées au-delà de la prévision par la CSG sur les revenus de remplacement, les prélèvements sociaux sur les revenus du capital, le rendement de la part de TVA affectée à l'assurance maladie et les cotisations et contributions sociales assises sur les revenus des travailleurs indépendants. Comme en 2014, les charges de prestations dans l'ensemble des branches et les dépenses de gestion administrative ont été inférieures à la dernière prévision[5].

La branche maladie a été particulièrement concernée par ces évolutions de fin de gestion. Son déficit effectif est inférieur de 1,7 Md€ à celui prévu par la LFSS pour 2016, sous l'effet conjugué d'écarts favorables sur les recettes (0,8 Md€) et sur les dépenses (0,9 Md€). Plusieurs des postes pour lesquels des différences par rapport à la

[3] La seule baisse de 0,3 point de la prévision de croissance de la masse salariale privée a réduit de 0,6 Md€ les perspectives de recettes pour le régime général. La faible inflation a pesé sur les recettes tirées de la quote-part de TVA affectée à la sécurité sociale, mais elle a limité, à l'inverse, l'impact de la revalorisation des prestations sur les charges des branches (revalorisation des prestations vieillesse limitée à +0,1 % et absence de revalorisation des prestations familiales).

[4] Sur la qualité des prévisions intégrées aux lois de financement, voir Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre VI : les prévisions financières intégrées aux lois de financement de la sécurité sociale : une fiabilité à renforcer, un suivi à mieux assurer, p. 177-197, La Documentation française, septembre 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

[5] De 0,4 Md€ pour les charges de prestations (contre 0,5 Md€ en 2014) et de 0,3 Md€ pour les dépenses de gestion administrative (0,3 Md€ en 2014).

prévision pouvaient déjà être constatées pour 2014 ont connu des écarts encore plus importants au titre de 2015[6].

Le solde des autres régimes a évolué comme attendu : estimé à +0,2 Md€ dans la loi de financement initiale, puis porté à +0,4 Md€ dans la LFSS pour 2016, il a été conforme à cette dernière prévision.

Tableau n° 3 : comparaison des soldes 2015 avec les prévisions

En Md€

	Résultat 2014	LFSS 2015 (1)	CCSS sept. 2015	LFSS 2016 (2)	Résultat 2015 (3)	Écart (3) – (2)	Écart (3) – (1)
Maladie	-6,5	-6,9	-7,4	-7,5	-5,8	+1,7	+1,2
AT-MP	+0,7	+0,2	+0,6	+0,6	+0,7	+0,1	+0,6
Famille	-2,7	-2,3	-1,6	-1,6	-1,5	+0,0	+0,7
Vieillesse	-1,2	-1,5	-0,6	-0,6	-0,3	+0,3	+1,2
Régime général	-9,7	-10,5	-9,0	-9,0	-6,8	+2,2	+3,7
FSV	-3,5	-2,9	-3,8	-3,8	-3,9	-0,1	-1,0
Total Vieillesse + FSV	**-4,6**	**-4,4**	**-4,4**	**-4,4**	**-4,2**	**+0,2**	**+0,2**
Total régime général + FSV	**-13,2**	**-13,4**	**-12,8**	**-12,8**	**-10,8**	**+2,1**	**+2,7**
Régimes obligatoires de base (ROB)	-9,3	-10,3	-8,6	-8,6	-6,3	+2,3	+4,0
Total ROB + FSV	**-12,8**	**-13,3**	**-12,4**	**-12,4**	**-10,2**	**+2,2**	**+3,0**

Note : Les totaux sont exacts à l'arrondi près.
Source : Cour des comptes d'après les données de la LFSS 2015, de la LFSS 2016 et du rapport de la CCSS de juin 2016.

[6] C'est le cas, en particulier, des prélèvements sociaux sur les revenus du capital recouvrés par la DGFiP, sous-estimés de 0,3 Md€ en 2015 (au lieu de 0,1 Md€ en 2014), des recettes sur les revenus d'activité, sous-estimées de 0,4 Md€ (après une faible surestimation de 0,1 Md€ en 2014) et des dépenses de gestion administrative, surestimées de 0,2 Md€, contre 0,1 Md€ en 2014.

3 - Un déficit structurel toujours significatif

La sensibilité des recettes et du solde à la croissance de l'économie peut s'apprécier à travers l'analyse des composantes structurelle et conjoncturelle du déficit. La Cour a appliqué la méthodologie utilisée dans l'article liminaire du projet de loi de règlement pour 2015[7] à l'ensemble constitué du régime général et du FSV.

Méthodologie suivie pour l'évaluation du solde structurel

Dans un premier temps est calculé le solde conjoncturel, constitué de la perte de recettes liée à l'écart de production, ce dernier étant égal à la différence accumulée entre la croissance effective et la croissance potentielle du PIB. Ce calcul repose sur l'hypothèse que l'évolution spontanée des recettes est fonction de la croissance du PIB en valeur avec une élasticité égale à 0,88[8].

Le solde conjoncturel, ainsi que les facteurs exceptionnels, sont ensuite déduits du solde effectif pour obtenir le solde structurel.

Selon ces estimations, qui sont à considérer avec une certaine précaution en raison de leur champ restreint à la seule sécurité sociale, la faiblesse de la croissance économique par rapport son potentiel estimé serait à l'origine d'un déficit de -8 Md€ en 2015 pour l'ensemble composé du régime général et du FSV (voir tableau *infra*). Le Haut Conseil des finances publiques a cependant considéré[9] que l'écart de production retenu par le gouvernement pour 2016 (-2,8 %) était vraisemblablement surestimé, ce qui accroît la part conjoncturelle du déficit.

[7] L'écart de production retenu par le gouvernement y est de 2,8 % en 2015. Étant donnée la séquence des croissances potentielles et des croissances effectives retenue à cette occasion par le gouvernement pour les années 2014 et 2015, on peut estimer en outre que l'écart de production 2014 aura été de 3,0 %. Il avait été estimé à 3,4 % dans le programme de stabilité d'avril 2015.

[8] Rapport entre le taux de croissance spontanée des recettes et le taux de croissance du PIB en valeur. L'élasticité est de 0,8 pour les cotisations sociales et de 1 pour les autres prélèvements. Voir note méthodologique de l'indicateur n°2 du programme de qualité et d'efficience « financement » en annexe 1 au PLFSS pour 2014.

[9] Avis du 20 mai 2016 relatif au solde structurel des administrations publiques présenté dans le projet de loi de règlement de 2015.

Il resterait en tout état de cause, sous ces hypothèses, une composante structurelle proche de 4 Md€ dans le déficit agrégé du régime général et du FSV, soit près de 40 % du déficit effectif.

Tableau n° 4 : estimation du solde structurel du régime général et du FSV (2014-2015)

En Md€

	2014	2015
Solde du régime général et du FSV *(en point de PIB)*	-13,2 *(-0,6)*	-10,8 *(-0,5)*
Écart de production	-3,0 %	-2,8 %
Solde conjoncturel	-8,5	-8,0
Facteurs exceptionnels	+1,2	+1,3
Solde structurel *(en point de PIB)*	-5,9 *(-0,3)*	-4,1 *(-0,2)*

Source : Cour des comptes à partir des données du projet de loi de règlement pour 2015 et du rapport de la CCSS de juin 2016.

Les recettes exceptionnelles, qui sont exclues du calcul du solde structurel, continuent à représenter un montant significatif, rapporté au déficit. Elles concernent le versement au FSV des réserves non affectées de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), soit 1 Md€ en 2014 et 200 M€ en 2015, le transfert à la CNAMTS des réserves de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG, 200 M€ en 2014) et l'avancement du calendrier de versement des cotisations et contributions sociales par les caisses de congés payés du BTP (1,1 Md€ en 2015)[10].

[10] Les caisses de congés payés du BTP versent désormais les cotisations et contributions sociales non plus lorsqu'elles prennent financièrement en charge les congés, mais dès que les entreprises leur versent les sommes nécessaires à la rémunération des congés payés. Cette mesure exceptionnelle et temporaire est exclue du calcul du solde structurel 2015, selon les critères définis par l'annexe 5 de la loi du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques, s'agissant d'une mesure non-récurrente, qui a un impact financier significatif et qui ne concerne pas le mode de calcul des prélèvements concernés.

B - Une inflexion dans le recours à des mesures supplémentaires en recettes, un ralentissement dans la progression des charges

Le déficit du régime général et du FSV a poursuivi sa réduction en 2015 sous l'effet d'une augmentation des recettes (+1,8 %, contre +3,1 % en 2014) supérieure à celle des dépenses (+1 %, contre + 2,3 % en 2014).

Tableau n° 5 : évolution des recettes et des dépenses du régime général et du FSV (2013-2015)

En Md€

	2013	2014	Variation en %	2015	Variation	Variation en %
Produits nets*	322,7	332,7	+3,1 %	338,5	+5,9	+1,8 %
Charges nettes*	338,1	345,8	+2,3 %	349,2	+3,4	+1,0 %
Solde	-15,4	-13,2	-14 %	-10,8	-2,4	-19 %

** Total net des transferts entre branches et de contractions de certains produits et charges.*
Note : Les totaux sont exacts à l'arrondi près.
Source : Cour des comptes à partir des données du rapport de la CCSS de juin 2016.

Hors effets de périmètre[11], la progression des charges a également fléchi (+1,6 %, contre +2,3 % en 2014), devenant inférieure à la croissance du PIB en valeur (+2,3 %).

1 - De nombreuses mesures de recettes, pour un effet global plus limité que les années précédentes

Les recettes du régime général et du FSV[12] ont été tirées par la hausse de la CSG (+1,6 Md€, soit +2,2 %) et, plus encore, par celle des autres contributions et impôts (+2 Md€, soit +3,9 %).

[11] Principalement l'arrêt du financement du Fonds national d'aide au logement par la branche famille et l'intégration financière à celles du régime général des déficits des branches maladie et vieillesse de base du RSI.

Tableau n° 6 : recettes du régime général et du FSV (2013-2015)

En Md€

	2013	Variation en %	2014	Variation en %	2015	Variation en montant	Variation en %
Total des produits nets du régime général et du FSV *	322,6	+3,6 %	332,6	+3,1 %	338,5	+5,9	+1,8 %
Cotisations sociales nettes	188,4	+3,2 %	192,9	+2,4 %	194,4	+2,5	+0,8 %
CSG nette	75,5	+1,4 %	76,6	+1,4 %	78,2	+1,6	+2,2 %
Autres contributions sociales, impôts et taxes nets	48,5	+6,6 %	51,9	7,0 %	53,9	+2,0	+3,9 %
Transferts nets	4,3	-	4,6	+7,6 %	4,7	+0,1	+2,2 %
Autres produits nets	5,9	-	6,6	+12,1 %	7,1	+0,5	+7,7 %

**Total net des transferts entre branches et de contractions de certains produits et charges. Les totaux sont exacts à l'arrondi près.*
Source : Cour des comptes à partir des données du rapport de la CCSS de juin 2016.

a) Un effet limité des mesures nouvelles sur les recettes et sur le solde

De nombreuses mesures nouvelles ont affecté les recettes du régime général et du FSV en 2015, notamment l'attribution de C3S au régime général dans le cadre de l'intégration financière du régime social des indépendants (RSI), à laquelle s'ajoutent les compensations liées à la mise en œuvre du Pacte de responsabilité et plusieurs autres dispositions.

[12] Les recettes sont constituées des cotisations sociales assises sur les revenus d'activité (57 %), des produits de CSG (23 %), d'autres impôts, taxes et contributions sociales (13 %), de transferts (1 %) et d'autres produits (2 %).

L'intégration financière du RSI

L'intégration financière au régime général des branches maladie et vieillesse du RSI s'est traduite par un apport supplémentaire de 2,3 Md€ de C3S au régime général et au FSV, en contrepartie d'un transfert d'équilibrage du régime général vers le RSI de même montant[13].

Le Pacte de responsabilité

Le Pacte de responsabilité, présenté par le gouvernement au printemps 2014, s'est traduit par une perte brute de recettes de 6,3 Md€ pour le régime général et le FSV (1 Md€ d'abattement de C3S, 5 Md€ de moindres cotisations et 0,3 Md€ de transferts de droits sur les tabacs aux autres régimes et à la CNSA). Ces pertes ont été compensées par un transfert de dépenses de 4,6 Md€ de la branche famille vers l'État (au titre de l'aide personnalisée au logement - APL) et par une recette exceptionnelle liée à l'avancement du calendrier de versement des cotisations et contributions sociales par les caisses de congés payés du BTP pour 1,1 Md€. Il en est résulté au total une réduction nette de 5,2 Md€ des recettes du régime général et du FSV.

Toutes choses égales par ailleurs, le Pacte de responsabilité a dégradé le solde du régime général et du FSV de -0,6 Md€ en 2015, du fait, essentiellement, du rendement moindre qu'attendu des mesures relatives aux caisses de congés payés (-0,4 Md€) et au transfert du financement des APL (-0,2 Md€).

Les autres mesures

Seule mesure de recettes pérennes ayant un impact important sur les comptes 2015, adoptée avant 2015 en dehors des lois de financement, les augmentations de taux des cotisations sociales vieillesse, patronales et salariales, programmées dans le cadre du décret de 2012 étendant les possibilités de départ anticipé en retraite et de la réforme des retraites de 2014[14], ont procuré 1 Md€[15] de ressources supplémentaires.

[13] Le régime général a en réalité bénéficié en 2016 d'un montant de C3S de 2,6 Md€, supérieur de 0,3 Md€ au déficit du RSI. Toutefois, ces 0,3 Md€ auraient, en l'absence d'intégration et selon les règles antérieures d'affectation de la C3S, bénéficié au FSV.

[14] Décret du 2 juillet 2012 sur les carrières longues et loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite.

[15] Augmentation des taux employeur et salarié de 0,05 point, soit 0,1 point en 2015.

Par ailleurs, des mesures de transferts internes à la sphère publique ont représenté un montant net de 1,3 Md€ de ressources nouvelles apportées par l'État (reprise de 1,6 Md€ de TVA et apport de 2,4 Md€ de prélèvement de solidarité sur le capital et de 0,5 Md€ de dotation budgétaire). Elles ont permis la rétrocession à la sécurité sociale du produit de la fiscalisation des majorations de pensions pour enfants (1,2 Md€), conformément à la loi du 20 janvier 2014, et la compensation du transfert à la CNAMTS de la prise en charge de la formation médicale des médecins (0,1 Md€).

Au total, l'ensemble des différentes mesures intervenues en 2015 conduit à réduire de 1,3 Md€ les recettes du régime général et du FSV, comme le montre le tableau ci-après, mais à améliorer de 0,9 Md€ le solde de ce même agrégat[16].

La mobilisation de recettes supplémentaires s'est infléchie en 2015 par rapport aux années précédentes : hors intégration du RSI et Pacte de responsabilité, les mesures nouvelles représentent un apport de 1,6 Md€ en 2015 (dont 1 Md€ du fait de l'augmentation des cotisations vieillesse), contre 5,3 Md€ en 2014 et 7,6 Md€ en 2013. Elles ont encore apporté néanmoins une contribution substantielle à la diminution du déficit.

[16] Ces mesures en recettes ont en effet pour contrepartie une réduction nette des dépenses de 2,2 Md€ (4,6 Md€ de dépenses d'APL en moins, 2,3 Md€ de dépenses en plus au titre de l'équilibrage du RSI et 0,1 Md€ de dépenses en plus au titre du financement des formations des médecins).

Tableau n° 7 : impact des mesures de recettes sur les produits du régime général et du FSV en 2015

En Md€

	Prévu en LFSS 2015	Réalisé
Intégration financière du RSI	***+2,5***	***+2,3***
Modification des affectations de C3S entre organismes	+2,5	+2,3
Mesures liées au Pacte de responsabilité	***-6,0***	***-6,0***
Exonérations de cotisations patronales sur les bas salaires	-0,3	-0,4
Baisse des cotisations d'allocations familiales	-3,7	-3,6
Baisse des cotisations famille des travailleurs indépendants	-1,0	-1,0
Suppression de la C3S pour les PME	-1,0	-1,1
Compensations au titre du Pacte de responsabilité	***+1,3***	***+0,8***
Prélèvement à la source des cotisations sur les caisses de congés payés	+1,5	+1,1
Modification de la répartition des droits sur les tabacs	-0,2	-0,3
Augmentation des taux de cotisation vieillesse	***+1,0***	***+1,0***
Augmentation de 0,1 point des taux de cotisation de retraite plafonnée et déplafonnée (décret de 2012 sur les carrières longues et loi du 20 janvier 2014 sur le système de retraite)	+1,0	+1,0
Autres mesures - Transferts de recettes entre l'État et le régime général	***+1,2***	***+1,3***
Affectation à la CNAMTS du prélèvement de solidarité sur les revenus du capital	+2,4	+2,4
Compensation par dotation budgétaire des exonérations sur les heures supplémentaires	+0,5	+0,5
Baisse de 1,04 point de la part de TVA nette attribuée à la CNAMTS	-1,4	-1,3
Ajustement de la fraction de TVA nette affectée aux branches du régime général hors CNAMTS	-0,3	-0,3
Autres mesures - Mesures affectant uniquement le FSV	***-1,3***	***-1,3***
Baisse du montant des réserves de C3S affectées exceptionnellement au FSV	-0,8	-0,8
Annulation du transfert de CSG de la CNSA au FSV effectué en 2013 et 2014 (passage de 0,892 point à 0,85 point en 2015)	-0,5	-0,5
Autres mesures diverses	***+0,8***	***+0,6***
Intégration dans les comptes du régime général des réserves et du report à nouveau de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte	+0,1	reporté
Effet sur la CSG sur les revenus de remplacement de la fiscalisation de la majoration des pensions pour enfants (hors affectation au FSV de taxe sur les salaires)	+0,4	+0,4*
Intégration du temps de pause et d'habillement dans le calcul des allègements généraux	+0,2	+0,2
Effet de la suppression en 2014 de l'application des taux historiques pour les produits d'assurance-vie exonérés d'impôts sur le revenu	+0,3	+0,1
Contrepartie de l'abattement exceptionnel sur les plus-values immobilières instauré par la LFR 2013	+0,2	+0,3
Contrepartie du transfert des réserves de la CAMIEG à la CNAMTS en 2014	-0,2	-0,2
Contrepartie de la taxation au fil de l'eau en 2014 des intérêts acquis dans le compartiment euro des contrats d'assurance-vie multi-supports	-0,2	-0,2
Total	**-0,6**	**-1,3**

** En l'absence de donnée sur les recettes effectivement constatées au titre de cette mesure, l'estimation de de la LFSS est ici reprise.*

Note : Les contreparties sont les effets symétriques constatés lors d'exercices ultérieurs pour certaines mesures nouvelles. Par ailleurs, le montant total est arrondi.

Source : Cour des comptes d'après les données de la LFSS 2015, de la « LFSS 2015 en chiffres » et du rapport de la CCSS de juin 2016.

b) Une évolution spontanée des recettes plus favorable que la croissance de la masse salariale du secteur privé

Les cotisations (190 Md€) et la CSG (66 Md€) assises sur les salaires représentent 76 % des produits, qui sont donc particulièrement sensibles à l'évolution de la masse salariale, notamment du secteur privé, elle-même corrélée à la croissance du PIB en valeur.

Hors mesures nouvelles, la progression des produits nets (+2,2 % par rapport à 2014) est supérieure au taux de croissance de la masse salariale du secteur privé (+1,6 %) en raison du dynamisme de recettes non assises sur les salaires et de la baisse des charges liées au non-recouvrement de créances[17]. Cette progression équivaut à une élasticité de 0,95 par rapport au PIB en valeur.

Tableau n° 8 : progression des produits nets et évolution de la masse salariale (secteur privé) du régime général et du FSV

	2014 (réalisé)	Prévu pour 2015 (LFSS 2016)	2015 (réalisé)
Évolution des produits nets	+3,1 %	+1,4 %	+1,8 %
Progression spontanée (hors mesures nouvelles) des produits nets	+1,5 %	+1,6 %	+2,2 %
Masse salariale (secteur privé)	+1,5 %	+1,7 %	+1,6 %

Source : Cour des comptes d'après les données des rapports de la CCSS de septembre 2015 et de juin 2016.

[17] Dépréciations de créances et admissions en non-valeur, présentées en réduction des recettes dans les rapports de la CCSS et les tableaux d'équilibre.

2 - Une progression des dépenses en nette décélération, à la suite du transfert à l'État du financement de l'aide personnalisée au logement

Les charges nettes du régime général et du FSV se sont établies à 349,2 Md€ en 2015, en progression de +1 %, soit un rythme inférieur à celui du PIB en valeur (+2,3 %). Cette évolution marque une inflexion par rapport aux deux années précédentes (+2,3 % en 2014 et +2,7 % en 2013). Pour une part, elle est liée aux mesures de périmètre intervenues en 2015 (voir *infra*). En l'absence de ces mesures, les charges auraient augmenté de +1,6 %.

Tableau n° 9 : dépenses du régime général et du FSV (2013-2015)

En Md€

	2013	2014	Var. en %	2015	Var.	Var. en %
Charges nettes	338,0	345,8	*+2,3*	349,*2*	+3,4	*+1,0*
Prestations sociales nettes	304,5	312,2	+2,5	318,2	+6,0	+1,9
dont prestations légales nettes	*299,8*	*307,2*	*+2,4*	*312,8*	*+5,6*	*+1,9*
dont prestations extralégales	*4,7*	*5,0*	*+8,2*	*5,3*	*+0,3*	*+6,0*
Transferts	22,3	22,1	-0,5	20,1	-2,0	-9,3
Charges de gestion courante	11,2	11,1	-0,2	10,9	-0,2	-2,1
Autres charges	0,1	0,3		0,1	-0,2	
Charges nettes des branches						
Branche Maladie	*164,5*	*168,3*	*+2,3*	*173,2*	+4,9	*+2,9*
Branche AT-MP	*11,3*	*11,7*	*+2,8*	*11,9*	+0,2	*+1,8*
Branche Famille	*57,8*	*59,0*	*+2,1*	*54,3*	-4,7	*-8,0*
Branche Vieillesse	*114,5*	*116,8*	*+2,0*	*120,5*	+3,7	*+3,2*

** Le total est différent de l'agrégation des montants par branche, car net des transferts entre branches et de contractions de certains produits et charges.*
Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2016.

Les prestations légales nettes, qui représentent 90 % des charges nettes[18], ont progressé de +1,9 %, moins rapidement qu'en 2014 (+2,4 %) et en 2013 (+2,9 %), mais plus fortement que l'ensemble des charges nettes en 2015 (+1,0 %).

[18] La part des charges nettes agrégées est de 46 % pour la branche maladie, de 34 % pour la branche vieillesse, de 14 % pour la branche famille, de 3 % pour la branche AT-MP et de 5 % pour le FSV.

Dans un contexte de faible inflation, la décélération des dépenses a été favorisée par l'absence de mesures générales de revalorisation des salaires dans les fonctions publiques, l'absence de hausse des honoraires et tarifs de prestations des professions libérales de santé et l'absence de revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales déterminant certaines prestations.

De même, la faiblesse de la revalorisation des retraites (à hauteur de +0,1 % au 1er octobre 2015) a contribué au ralentissement des charges de prestations de la branche vieillesse (+2,2 % en 2015, contre +2,4 % en 2014).

Sous l'effet notamment de la modulation des allocations familiales en fonction du revenu entrée en vigueur au 1er juillet 2015, les prestations de la branche famille ont diminué (-0,6 %).

Comme le montre le tableau ci-après, les modifications de périmètre, prises ensemble, ont eu pour effet de réduire les charges de 2,3 Md€.

Tableau n° 10 : impact des mesures de périmètre sur les dépenses du régime général en 2015

En Md€

	Prévu en LFSS 2015	**Réalisé**
Transfert au budget de l'État de la part du financement de l'APL auparavant assurée par la CNAF	-4,8	-4,6
Effet de l'intégration financière du RSI	+2,5	+2,3
Prise en charge par la CNAMTS de la formation médicale des médecins	+0,1	Nd
Total	**-2,2**	**-2,3**

Source : Cour des comptes d'après les données de la LFSS 2015 et du rapport de la CCSS de juin 2016.

La réduction des charges liée aux mesures de périmètre reflète le transfert à l'État de la part du financement de l'aide personnalisée au logement (APL) jusque-là assurée par la branche famille. En revanche, l'intégration financière des branches maladie et vieillesse du RSI dans celles du régime général[19] a conduit à augmenter les montants totaux de

[19] En application de la loi de financement rectificative du 8 août 2014, afin de garantir un financement pérenne du RSI auparavant affectataire de la C3S, le régime général prend en charge à compter de 2015 les déficits des branches maladie et vieillesse de base du RSI par la voie de dotations d'équilibre de la CNAMTS et de la CNAVTS. En contrepartie, le produit de C3S affecté jusqu'en 2014 au RSI, et qui permettait d'équilibrer ses branches maladie et vieillesse, a été transféré au régime général.

charges de ces dernières. Cette intégration a compensé et au-delà l'incidence du ralentissement de leurs propres dépenses de prestations (+2,5 %, contre 2,8 % en 2014 pour la branche maladie et +2,2 % contre +2,4 % en 2014 pour la branche vieillesse).

C - Des niveaux de déficit toujours élevés pour la branche maladie et l'agrégat branche vieillesse-FSV

1 - Branche maladie : une faible réduction du déficit, une part désormais majoritaire dans le déficit du régime général et du FSV

Si le déficit représente une part des charges nettes de la branche en léger recul (3,6 %, après 4,1 % en 2014), sa contribution au déficit total du régime général et du FSV s'est fortement accrue en 2015, pour atteindre désormais plus de la moitié de ce dernier (53,7 % contre 49,2 % en 2014). Ayant atteint un pic de -11,6 Md€ en 2010, le déficit de la branche maladie oscille autour de -6 Md€ depuis 2012 sans être encore revenu à son niveau d'avant crise (-4,6 Md€ en 2007).

La hausse des produits nets (+3,5 % contre +2,6 % en 2014) a été plus forte que celle des charges nettes (+2,9 % en 2015 contre +2,3 % en 2014), qui ont intégré pour la première fois en 2015 le déficit de la branche maladie du RSI (-1,2 Md€).

La progression de +3,5 % des produits nets (soit +5,7 Md€) a été soutenue principalement par de nouvelles recettes, à travers l'affectation à la branche maladie de la totalité du prélèvement de solidarité sur les revenus du capital (2,4 Md€) à compter de 2015 et l'apport d'une fraction de C3S (0,6 Md€) à l'occasion de l'intégration financière du RSI.

Une recette supplémentaire a été apportée à la branche par l'anticipation du versement des cotisations et contributions sociales des caisses de congés payés du BTP (0,5 Md€), qui a contribué à une progression des cotisations maladie (+2 %, soit 1,5 Md€) plus rapide que celle de la masse salariale (+1,6 %). En revanche, la fraction de TVA affectée à la CNAMTS été réduite de 1,1 Md€ en 2015.

Tableau n° 11 : formation du résultat 2015 de la branche maladie

En Md€

	2014	*Variation en %*	2015	Variation en montant	*Variation en %*
Charges nettes, *dont*	**168,3**	***+2,3 %***	**173,2**	**+4,9**	***+2,9 %***
Prestations sociales nettes	155,3	*+2,8 %*	159,1	+3,9	*+2,5 %*
dont champ de l'ONDAM	*144,4*	*+2,8 %*	*148,0*	*+3,5*	*+2,5 %*
dont hors ONDAM	*10,8*	*+3,1 %*	*11,1*	*+0,3*	*+3,2 %*
Transferts nets	7,2	*-4,1 %*	8,4	+1,2	*+16,8 %*
RSI	*0,0*		*1,2*	*+1,2*	
Charges de gestion courante	5,8	*-3,0 %*	5,6	-0,2	*-3,8 %*
Produits nets, *dont*	**161,8**	***+3,9 %***	**167,4**	**+5,7**	***+3,5 %***
Cotisations sociales brutes	76,1	*+1,8 %*	77,6	+1,5	*+2,0 %*
Cotisations prises en charge par l'État	0,9	*-3,0 %*	1,2	+0,2	*+22,0 %*
CSG brute	55,4	*-0,5 %*	57,1	+1,6	*+2,9 %*
Impôts, taxes et autres contributions sociales	24,2	*+12,4 %*	26,0	+1,8	*+7,4 %*
Transferts nets	3,4	*+0,2 %*	3,7	+0,3	*+8,6 %*
Autre produits techniques[20]	3,1	*+29,9 %*	3,2	+0,1	*+2,7 %*
Résultat net	**-6,5**		**-5,8**	**+0,8**	

Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2016.

Les produits techniques de remboursement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie de prestations médico-sociales ont progressé (+0,4 Md€) plus fortement que les charges de la contribution de la CNAMTS fixée par arrêté (+0,2 Md€). Les recettes exceptionnelles ont diminué après l'opération ponctuelle de transfert de réserves de la CAMIEG de 2014 (0,2 Md€).

La hausse des prestations sociales nettes (+2,5 %, soit +3,9 Md€) a été moins marquée qu'en 2014 (+2,8 %), en particulier pour les dépenses de la branche maladie entrant dans le champ de l'ONDAM[21] (+2,3 %, contre +3,3 % en 2014). Pour leur part, les remboursements de prestations maternité à l'hôpital ont enregistré une très forte progression (+0,3 Md€ par rapport à 2014, soit +17 %).

[20] L'augmentation des autres produits techniques intègre notamment un supplément de 0,2 Md€ de remises conventionnelles sur les médicaments par rapport à 2014.

[21] Voir le chapitre II du présent rapport : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une dynamique non maîtrisée des soins de ville en 2015, une vigilance nécessaire en 2016, des économies supplémentaires importantes à rechercher en 2017.

Les dépenses hors ONDAM ont augmenté quant à elles plus rapidement que celles comprises dans son champ (+3,2 %, après +3,1 % en 2014). Compte tenu de leur place réduite dans le total des dépenses, elles n'ont cependant contribué qu'à hauteur de 0,3 Md€ à la hausse des prestations nettes. Les charges de gestion courante, notamment de personnel, ont poursuivi leur diminution en 2015 (-0,2 Md€, soit -3,8 %, après -3 % en 2014).

2 - Branche AT-MP : un excédent contenu par un nouvel alourdissement des charges de transferts

L'excédent de la branche AT-MP s'est maintenu à son niveau de 2014 (+0,7 Md€), alors qu'une forte réduction du solde (de 0,5 Md€) avait été anticipée en LFSS pour 2015, ramenée à 0,1 Md€ en LFSS pour 2016. Les cotisations ont été, en définitive, supérieures de 0,1 Md€ à cette prévision révisée, en raison principalement d'un montant de cotisations non recouvrées plus faible que prévu.

Les produits nets ont crû en 2015 à un rythme moins soutenu que l'année précédente (+2,1 %, contre +3,1 % en 2014) du fait du moindre dynamisme des cotisations sociales (+1,6 %, contre +3 % en 2014).

Les charges nettes ont progressé de +1,8 % (contre +2,8 % en 2014[22]), du fait, notamment, de l'augmentation du transfert forfaitaire de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des accidents du travail (+0,2 Md€), qui atteint désormais 1 Md€ (contre 410 M€ en 2008).

Par ailleurs, les indemnités journalières ont fortement augmenté, tandis que les prestations des établissements publics de santé et les rentes d'incapacité permanente ont connu des évolutions modérées.

[22] Hors contribution au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), les charges nettes n'auraient pas augmenté en 2014. La contribution au FIVA (435 M€ en 2014) avait été ponctuellement diminuée en 2013 (à 115 M€), en compensant cette réduction par des prélèvements sur les excédents réalisés par le fonds au cours des exercices antérieurs.

Tableau n° 12 : formation du résultat 2015 de la branche AT-MP

En Md€

	2014	*Variation en %*	2015	Variation en montant	*Variation en %*
Charges nettes, *dont*	**11,6**	***+2,8 %***	**11,9**	**+0,2**	***+1,8 %***
Prestations sociales nettes	8,7	*+0,6 %*	8,8	+0,1	*+0,7 %*
dont prestations légales	*8,1*	*+1,4 %*	*8,2*	*+0,1*	*+1,6 %*
dont autres prestations	*0,7*	*-8,9 %*	*0,6*	*-0,1*	*-9,6 %*
Transferts nets	2,0	*+17,5 %*	2,1	+0,1	*+6,8 %*
dont transferts entre organismes	*1,8*		*2,0*	*+0,2*	*+8,4 %*
Charges de gestion courante	0,9	*-2,9 %*	0,9	-	*+0,3 %*
Produits nets, *dont*	**12,3**	***+3,1 %***	**12,6**	**+0,3**	***+2,1 %***
Cotisations sociales brutes	*12,1*	*+3,0 %*	*12,3*	*+0,2*	*+1,6 %*
Contributions, impôts et taxes bruts	*0,1*	*-5,4 %*	*0,0*	*-1,1*	*-66,8 %*
Autres produits nets	*0,3*	*-17,4 %*	*0,3*	*+0,0*	*+7,7 %*
Résultat net	**+0,7**		**+0,7**	**-**	

Note de lecture : les arrondis de montant peu élevés peuvent expliquer des écarts dans le calcul des soldes.
Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2016.

3 - Branche famille : un déficit en forte réduction

Le déficit de la branche famille s'est inscrit à 1,5 Md€, en réduction de 1,2 Md€ par rapport à 2014. Cette nette amélioration explique la moitié de la réduction du déficit du régime général et du FSV en 2015.

Dans le cadre des mesures de compensation du Pacte de responsabilité, la fin du cofinancement des aides personnalisées au logement par la branche famille (4,6 Md€ en 2014) a entraîné une contraction de ses charges nettes (-8 % en 2015, soit -4,7 Md€). Les autres transferts versés par la branche (10,2 Md€), principalement à la branche vieillesse au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (voir 4 - *infra*) et des majorations de pensions pour enfants, ont crû plus rapidement qu'en 2014 (+1,8 %, contre +1,5 % en 2014).

La baisse des charges nettes de prestations légales (-1,5 %, après +0,8 % en 2014) reflète notamment l'absence de revalorisation de la base mensuelle de calcul des allocations familiales[23], la réforme des allocations

[23] En pourcentage de laquelle sont fixées les prestations familiales.

familiales désormais modulées en fonction du revenu (-0,4 Md€) et le décalage du paiement de la prime de naissance (-0,2 Md€)[24].

Tableau n° 13 : formation du résultat 2015 de la branche famille

En Md€

	2014	*Variation en %*	2015	Variation 2015 en montant	*Variation en %*
Charges nettes, *dont*	**59,0**	***+2,1 %***	**54,3**	**-4,7**	***-8,0 %***
Prestations légales nettes	36,9	*+0,8 %*	36,3	-0,6	*-1,5 %*
Prestations extra-légales nettes	4,7	*+10,6 %*	5,0	+0,3	*6,4 %*
Transferts versés nets	14,6	*+2,1 %*	10,2	-4,4	*-30,4 %*
dont transfert au FNAL	*4,6*		*0,0*	*-4,6*	*-100 %*
Autres charges	2,9	*+7,0 %*	2,9	-0,0	*-1,1 %*
dont charges de gestion courante	*2,9*	*+6,7 %*	*2,9*	-	*0,2 %*
Produits nets, *dont*	**56,3**	***+3,3 %***	**52,8**	**-3,6**	***-6,3 %***
Cotisations sociales brutes	35,4	*-0,4 %*	32,8	-2,5	*-7,2 %*
CSG	10,8	*+10,8 %*	11,1	+0,3	*2,3 %*
Impôts, taxes et contributions	9,2	*+9,5 %*	7,8	-1,4	*-14,9 %*
dont taxe sur les salaires	*3,6*	*+1,3 %*	*2,4*	*-1,2*	*-34,3 %*
dont prélèvement de l'art. 22 LFI	*1,1*	*-14,2 %*	*0,9*	*-0,2*	*-16,6 %*
Résultat net	**-2,7**		**-1,5**	**+1,2**	

Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2016.

Les charges de prestations extra-légales et celles de gestion courante ont continué à progresser (respectivement de +6,4 % et de +0,2 %), après la forte hausse suscitée en 2014 par l'intégration dans les comptes de la branche des charges de la mutualité sociale agricole.

Les produits de cotisations ont continué à diminuer, sous l'effet de la réduction du taux[25] de cotisation famille pour les salaires compris entre 1 et 1,6 fois le Smic. Le transfert au FSV d'une fraction (1,3 Md€) de taxe sur les salaires auparavant affectée à la CNAF a, dans le même temps, entraîné une forte réduction des produits de cette taxe pour la branche famille.

[24] Paiement deux mois après la naissance au lieu du 7ème mois de grossesse.

[25] Dans le cadre du Pacte de responsabilité et de solidarité, il s'élève depuis 2015 à 3,45 % pour les rémunérations annuelles inférieures ou égales à 1,6 Smic annuel, limite portée à 3,5 Smic au 1er avril 2016. Il était de 5,25 % en 2014 (taux continuant à s'appliquer au-delà des rémunérations précitées) et de 5,40 % auparavant.

4 - Branche vieillesse et FSV : un déficit en diminution pour la branche vieillesse, mais encore aggravé pour le FSV

En 2015, le déficit agrégé de la branche vieillesse du régime général et du FSV s'est réduit de 0,4 Md€, après une baisse de 1,4 Md€ en 2014. Le déficit de la branche vieillesse (-0,3 Md€) a diminué de 0,8 Md€ en 2015, mais celui du FSV (-3,9 Md€) s'est aggravé de 0,4 Md€, retrouvant un niveau proche de celui observé en 2010 et en 2012 (-4,1 Md€).

Tableau n° 14 : évolution des soldes de la branche vieillesse et du FSV (2009-2015)

En Md€

	Résultat 2009	Résultat 2010	Résultat 2011	Résultat 2012	Résultat 2013	Résultat 2014	Résultat 2015
Vieillesse	-7,2	-8,9	-6,0	-4,8	-3,1	-1,2	**-0,3**
FSV	-3,2	-4,1	-3,4	-4,1	-2,9	-3,5	**-3,9**
Vieillesse et FSV	**-10,4**	**-13,0**	**-9,5**	**-8,9**	**-6,0**	**-4,6**	**-4,2**

Note : les totaux sont exacts à l'arrondi près.
Source : Cour des comptes d'après les données des rapports de la CCSS.

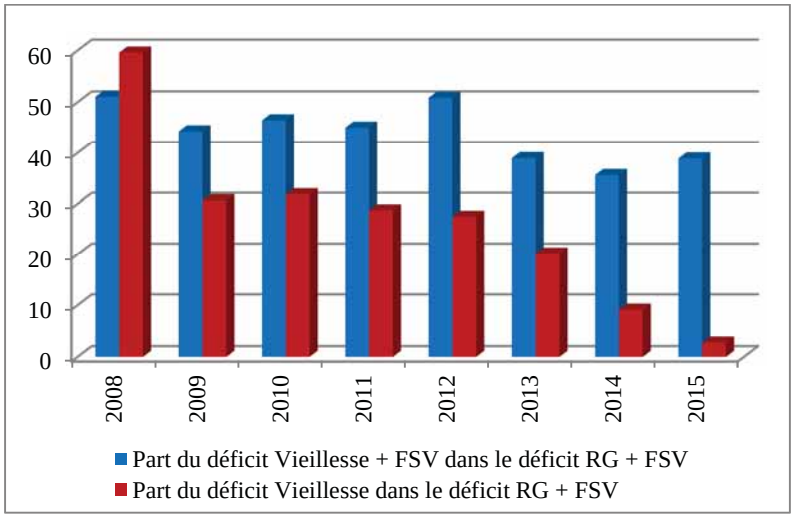
a) Branche vieillesse : un déficit en net recul sous l'effet d'un ralentissement des charges et de l'apport de ressources nouvelles

Après une baisse de 1,9 Md€ en 2014, le déficit de la branche vieillesse s'est contracté de 0,8 Md€, pour s'établir à -0,3 Md€, son niveau le plus bas depuis onze ans. Largement inférieur à l'objectif retenu par la LFSS pour 2015 (-1,5 Md€) et en retrait de 0,2 Md€ par rapport à la prévision révisée en fin d'année, il ne représente plus que 0,3 % des charges nettes de la branche, contre 1 % en 2014.

Sa part dans le déficit du régime général et du FSV continue de se réduire, à l'inverse de celle du déficit cumulé de la branche et du FSV, qui augmente en 2015, à 38,9 %, retrouvant son niveau de 2013 sous l'effet d'une nouvelle dégradation du déficit du FSV, comme le montre le graphique suivant.

Graphique n° 3 : contribution du déficit de la branche vieillesse et du FSV au déficit du régime général et du FSV (2008-2015)

En %



Source : Cour des comptes.

La progression des prestations sociales nettes, qui représentent 92 % des charges de la branche, a légèrement ralenti (+2,2 %, contre +2,4 % en 2014), la faible revalorisation des pensions au 1er octobre 2015 (+0,1 %, après +1,3 % en 2013) ayant plus que compensé l'incidence de l'accélération du nombre de retraités (+1,2 % après +1,4 %).

L'intégration financière du RSI représente la plus grande partie de la hausse des charges de transferts de la branche vieillesse (+1,1 Md€ sur +1,3 Md€).

Tableau n° 15 : formation du résultat 2015 de la branche vieillesse (régime général)

En Md€

	2014	*Variation en %*	2015	Variation en montant	*Variation en %*
Charges nettes, *dont*	**116,8**	***+2,0 %***	**120,5**	**+3,7**	***+3,2 %***
Prestations légales nettes	108,2	*+2,5 %*	110,6	+2,4	*+2,2 %*
Prestations extralégales	0,3	*-13,3 %*	0,3	-	*+4,8 %*
Transferts versés	6,9	*-3,8 %*	8,2	+1,3	*+19,0 %*
dont RSI	*0,0*		*1,1*	*+1,1*	
Autres charges nettes	1,4	*-3,2 %*	1,4	-	*-2,7 %*
Produits nets, *dont*	**115,6**	***+3,8 %***	**120,1**	**+4,5**	***+3,9 %***
Cotisations sociales	74,0	*+4,0 %*	76,2	+2,2	*+3,0 %*
Impôts et taxes	7,1	*-6,6 %*	7,1	-0,1	*-1,1 %*
Contributions sociales	5,5	*+18,9 %*	7,5	+2,0	*+36,2 %*
dont CSSS	*0,0*		*1,9*	*+1,9*	
Transferts reçus	29,5	*+4,0 %*	29,8	+0,3	*+0,9 %*
Résultat net	**-1,2**		**-0,3**	**+0,8**	

Note : les totaux sont exacts à l'arrondi près.
Source : Cour des comptes, d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2016.

S'agissant des recettes, les hausses de taux de cotisation liées aux réformes récentes[26] et l'accélération du calendrier de versement des cotisations des caisses de congés payés ont respectivement procuré 1 Md€ et 0,5 Md€ de produits supplémentaires. Le solde, soit 0,7 Md€, est lié à la croissance de la masse salariale.

Les contributions sociales affectées à la branche ont de nouveau fortement augmenté (+36 %, contre +19 % l'année précédente), la branche bénéficiant de l'affectation d'une grande partie (41,7 %) de la contribution sociale de solidarité des sociétés (1,9 Md€) afin de compenser l'intégration financière du RSI.

En revanche, la modification du montant forfaitaire de prise en charge des cotisations des chômeurs a réduit le montant des transferts reçus à ce titre du FSV (-0,3 Md€). Par ailleurs, la branche vieillesse a comptabilisé pour la première fois des prises en charge de cotisations par le FSV au titre de la validation en tant que périodes d'assurance des

[26] Décret du 2 juillet 2012 sur les carrières longues (+0,1 point sur la cotisation plafonnée) et loi du 20 janvier 2014 (+0,3 point en 2014 sur la cotisation déplafonnée, puis +0,1 point pour les trois années suivantes).

périodes d'apprentissage et de stage de formation professionnelle des demandeurs d'emploi (à hauteur de 0,3 Md€[27]). Globalement, les transferts reçus ont légèrement augmenté (+0,8 %).

b) Fonds de solidarité vieillesse : une nouvelle aggravation du déficit

En 2015, le déficit du FSV s'est creusé de 0,4 Md€ pour atteindre 3,9 Md€, soit un niveau supérieur de 0,1 Md€ à la prévision révisée en LFSS pour 2016. Il représente désormais 19 % des charges nettes du fonds (contre 17 % en 2014) et 36 % du déficit agrégé du régime général et du FSV (contre 27 % en 2014).

La contraction des produits nets (-3,1 %, après +1,9 % en 2014 et +14,5 % l'année précédente) n'a pas été accompagnée d'une réduction des charges nettes de même ampleur, ces dernières baissant de -0,5 % en 2015, après avoir crû de +4,8 % en 2014 et de +4,5 % en 2013.

De nombreuses mesures ont affecté les recettes du FSV. La baisse de la part de CSG affectée au fonds a représenté une perte de ressources de 0,5 Md€. Par ailleurs, l'affectation exceptionnelle des reliquats de C3S au FSV s'est tari ou presque (0,25 Md€, contre 1,05 Md€ en 2014). En revanche, le fonds a bénéficié d'une augmentation de la fraction de taxe sur les salaires qui lui est attribuée, pour un rendement de 1,2 Md€. Cette mesure visait à lui apporter l'équivalent du rendement de la fiscalisation des majorations de pensions pour enfants, mais a simplement compensé la perte de ressources non pérennes. Enfin, à l'occasion de la modification des clés de répartition de la C3S dans le cadre de l'intégration financière du RSI au régime général, la part de celle-ci attribuée au FSV a été réduite de plus de 0,7 Md€, avant effet du Pacte de responsabilité (-0,1 Md€ supplémentaire). Au total, l'ensemble des mesures portant sur les recettes a réduit de près de 1 Md€ les ressources du FSV en 2015.

Parallèlement, les prises en charge de cotisations par le FSV ont été réduites de 1,2 Md€ grâce à la modification du calcul du montant unitaire de la cotisation forfaitaire due par chômeur, mais le fonds prend désormais en charge des cotisations au titre des périodes d'apprentissage et de stage de formation des demandeurs d'emploi (+0,3 Md€).

Le total des mesures en recettes (-1 Md€) et en dépenses (-1,1 Md€) s'équilibrant pratiquement, c'est cependant la progression encore forte du nombre de chômeurs pris en compte dans le calcul des

[27] En application de la loi du 20 janvier 2014.

prises en charge de cotisations au titre du chômage (+5,6 %) qui explique la dégradation du déficit du FSV en 2015.

Tableau n° 16 : formation du résultat 2015 du FSV

En Md€

	2014	*Variation en %*	2015	Variation en montant	*Variation en %*
Charges nettes, *dont*	**20,6**	***+4,8***	**20,5**	**-0,1**	***-0,5 %***
Transferts des régimes de base avec les fonds	20,2	*+4,8*	20,1	-0,1	*-0,7 %*
dont prises en charge de cotisations	*12,9*	*+5,7*	*13,0*	+0,1	*+0,5 %*
dont prises en charge de prestations	*7,3*	*+3,3*	*7,1*	-0,2	*-2,8 %*
Transferts avec les régimes complémentaires	0,3	-	0,3	-	*+11,3 %*
Produits nets, *dont*	**17,1**	***+1,9***	**16,6**	-0,5	*-3,1 %*
CSG brute	11,0	*+3,5*	10,8	-0,2	*-1,9 %*
Contributions sociales	1,2	*-42,2*	1,2	-	*+2,9 %*
Impôts et taxes bruts	5,0	*+20,2*	4,6	-0,4	*-8,9 %*
dont contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)	2,5	*+23,7*	0,8	-1,7	*-67,9 %*
Dont taxe sur les salaires	*2,5*	*+17,8*	*3,8*	+1,3	*+50,6 %*
Résultat net	**-3,5**		**-3,9**	**-0,4**	***+12,3 %***

Source : Cour des comptes, d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2016.

⁂

En 2015, la réduction des déficits des branches du régime général s'est accompagnée d'une dégradation, pour la deuxième année consécutive, de celui du FSV et du maintien d'un déficit élevé de la branche maladie. Toujours supérieurs à leur niveau d'avant crise, les déficits du régime général et du FSV pèsent sur la trajectoire de redressement des comptes sociaux et alimentent la dette sociale.

II - Un rythme de réduction des déficits trop incertain à ce stade pour garantir un retour à l'équilibre avant 2020

A - En 2016, une diminution des déficits qui pourrait en définitive être de même ampleur qu'en 2015

Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale du 7 juin 2016, le solde du régime général et du FSV s'établirait à -9,1 Md€ en 2016, soit une amélioration de 0,5 Md€ par rapport à la prévision de la LFSS pour 2016. Cette prévision s'appuie sur des hypothèses économiques révisées par rapport à la LFSS pour 2016.

Tableau n° 17 : principales hypothèses économiques pour 2016

	LFSS 2016	CCSS de juin 2016
Taux d'évolution de la masse salariale en valeur	+2,8 %	+2,3 %
Taux d'évolution de l'indice des prix hors tabacs	+1,0 %	+0,1 %

Source : LFSS 2016 et rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2016.

Selon ces prévisions, le solde de la branche maladie s'améliorerait en particulier de 1 Md€ par rapport aux projections de la loi de financement pour 2016.

Tableau n° 18 : soldes du régime général et du FSV selon la commission des comptes de la sécurité sociale (juin 2016)

En Md€

	2015	2016 Prévision LFSS 2016	2016 Prévision CCSS juin 2016	2016 Écart à la LFSS	Variation 2016 / 2015
	(a)	(b)	(c)	(c)-(b)	(c)-(a)
Maladie	-5,8	-6,2	-5,2	+1,0	+0,6
AT-MP	0,7	0,5	0,5	-	-0,2
Famille	-1,5	-0,8	-1,0	-0,2	+0,5
Vieillesse	-0,3	0,5	0,5	-	+0,8
Total régime général	**-6,8**	**-6,0**	**-5,2**	**+0,8**	**+1,6**
FSV	-3,9	-3,7	-3,9	-0,2	-
Vieillesse + FSV	*-4,2*	*-3,2*	*-3,5*	*-0,2*	*+0,8*
Total régime général + FSV	**-10,8**	**-9,7**	**-9,1**	**+0,5**	**+1,6**

Note : les totaux sont exacts à l'arrondi près.
Source : rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2016.

Ces prévisions intègrent cependant un « produit exceptionnel » de CSG de 0,7 Md€, non prévu lors de l'élaboration de la LFSS pour 2016, qui bénéficie à la branche maladie. Or, selon l'analyse de la Cour, cette intégration est très discutable au regard du cadre normatif applicable à l'établissement des comptes - et donc du solde - des régimes de sécurité sociale.

Un « produit exceptionnel » de CSG intégré de manière très discutable dans les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2016

La prévision de recettes présentée par la commission des comptes de la sécurité sociale en juin 2016 intègre pour les régimes d'assurance maladie autres que le régime général un « produit exceptionnel » de CSG de 0,7 Md€ en 2016, non pris en compte lors de l'élaboration du projet de loi de financement pour 2016. Ce « produit » correspond au montant des encaissements de CSG du mois de janvier 2016 non affectés à la CNAMTS, soit 1/12ème de la dotation annuelle de CSG assise sur les revenus d'activité et de remplacement attribuée en 2015 aux autres régimes obligatoires de base d'assurance maladie.

Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale explique ce « produit » par les dispositions de la loi de financement pour 2016 qui, dans son article 32, modifie à compter du 1er janvier 2016 le mode de répartition de la CSG entre les régimes d'assurance maladie.

Selon l'ancien dispositif, le montant de CSG versé aux régimes maladie autres que le régime général était fixé par un arrêté annuel et comptabilisé en produit courant de l'exercice. À partir du 1er janvier 2016, les régimes concernés enregistrent en produits de l'exercice 2016 les produits mensuels de CSG recouvrés entre février 2016 et janvier 2017 (cette dernière mensualité faisant l'objet d'un produit à recevoir), afférente aux revenus d'activité et de remplacement versés entre janvier et décembre 2016.

Cette modification des modalités d'affectation de la CSG implique un changement de la méthode de comptabilisation des produits de cette imposition dans les comptes 2016 des régimes d'assurance maladie autres que le régime général.

En application de l'avis du conseil de normalisation des comptes publics n° 2012-05 du 18 octobre 2012, un changement de méthode comptable doit cependant être appliqué de manière rétrospective, comme si la nouvelle méthode avait toujours été appliquée. Dès lors, le bilan d'ouverture de l'exercice 2016 devra être ajusté d'un produit à recevoir de 0,7 Md€, ce montant ne devant pas être comptabilisé en produit de l'exercice 2016 venant affecter le résultat de ce dernier.

Pour le même motif, ce montant ne doit pas non plus être intégré en prévision dans les recettes de CSG des régimes obligatoires de base et venir améliorer artificiellement le solde de ces derniers par la prise en compte dans les recettes de 2016 d'un treizième mois de CSG assise sur les revenus d'activité et de remplacement.

Selon la Cour, toutes choses égales par ailleurs, le déficit prévisionnel du régime général et du FSV devrait ainsi être réévalué à 9,8 Md€, soit un montant légèrement supérieur à celui prévu par la LFSS pour 2016. Il traduirait alors une réduction du déficit global de seulement 1 Md€ entre 2015 et 2016. Celui de la branche maladie ne diminuerait pas (-5,9 Md€ en 2016 contre -5,8 Md€ en 2014).

Néanmoins, une croissance spontanée des recettes meilleure que prévu apparaît plausible sur 2016, notamment liée à la plus forte dynamique de la masse salariale observée au début de l'été. La réduction des déficits pourrait alors se rapprocher de celle constatée en 2015, indépendamment de la prise en compte d'un « produit exceptionnel » de CSG.

1 - Des recettes qui pourraient bénéficier d'une évolution de la masse salariale plus favorable qu'attendu

Pour 2016, les taux d'évolution affichés dans les tableaux ci-après, tirés des données de la commission des comptes de juin 2016, neutralisent les effets du changement de périmètre lié à la mise en place de la protection universelle maladie, en mentionnant le montant « pro forma » des dépenses et recettes en 2015 sur le périmètre utilisé pour 2016.

La mise en place de la protection universelle maladie (PUMa) : un changement de périmètre significatif en dépenses et en recettes

La protection universelle maladie vise à garantir à toute personne résidant en France une affiliation à l'assurance maladie à titre personnel et de façon continue tout au long de la vie, en particulier en réduisant les démarches de changement d'affiliation aux différents régimes à l'occasion des changements de statut au regard de l'emploi (salariés/non-salariés notamment).

Cette réforme s'accompagne de l'intégration financière de tous les régimes obligatoires d'assurance maladie de base à la branche maladie du régime général. Cette intégration, prévue par l'article 32 de la loi de financement pour 2016, se traduit par l'inscription, dans les comptes de la CNAMTS, des dépenses de prestations en nature de tous les régimes (pour leur part correspondant aux modalités de prise en charge du régime général) et des dépenses de gestion correspondantes, d'un côté, et des recettes dédiées au financement de ces dépenses (cotisations, CSG, impôts et taxes), de l'autre.

Les masses financières ainsi intégrées aux comptes prévisionnels de la CNAMTS, tels que présentés à la commission des comptes de la sécurité sociale, s'élèvent à 22,72 Md€ en recettes 2015 et à 22,66 Md€ en dépenses 2015. L'impact de ces intégrations sur le solde de la CNAMTS est résiduel (-60 M€), dans la mesure où la plupart des régimes intégrés faisaient déjà l'objet, avant 2016, de transferts d'équilibrage du régime général prenant la forme soit de compensations bilatérales venant atténuer leurs déficits (caisse des mines notamment), soit d'une prise en charge intégrale de leurs déficits (RSI et MSA notamment).

Un décret d'application sur les conditions de mise en œuvre de cette réforme sur le plan comptable doit préciser si les comptes de la CNAMTS seront effectivement établis dès l'exercice 2016 avec les dépenses et recettes des régimes intégrés financièrement.

Selon la commission des comptes de la sécurité sociale, à périmètre constant 2016 s'agissant du risque maladie, les recettes du régime général et du FSV augmenteraient de +0,8 % en 2016 pour s'établir à 364,1 Md€.

Tableau n° 19 : recettes du régime général et du FSV selon la commission des comptes de la sécurité sociale (juin 2016)

En Md€

	2015 *Pro forma* PUMa	2016 prévision juin 2016	Variation 2016 / 2015 en Md€	Variation 2016 / 2015 en %
Maladie	190,1	194,3	+4,2	+2,2 %
AT-MP	12,6	12,5	-0,1	-0,6 %
Famille	52,8	48,6	-4,2	-7,9 %
Vieillesse	120,1	123,5	+3,5	+2,8 %
Total régime général (RG)	**362,9**	**366,1**	**+3,2**	**+0,9 %**
FSV	16,6	16,3	-0,3	-1,3 %
Total RG et FSV	**361,0**	**364,1**	**+3,0**	**+0,8 %**

Note : le total est différent de l'agrégation des montants par branche, car net des transferts entre branches et de contractions de certains produits et charges.
Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2016.

Hors intégration du « produit exceptionnel » de CSG précité, les recettes ne progresseraient cependant que de +0,6 %. Eu égard à l'ensemble des facteurs d'évolution pris en considération par ailleurs par la commission des comptes de la sécurité sociale, les recettes du régime général et du FSV seraient alors inférieures de près de 1 Md€ aux prévisions initiales de la LFSS pour 2016.

Cet écart serait essentiellement lié à la révision à la baisse des hypothèses d'évolution de la masse salariale du secteur privé entre la LFSS pour 2016 et le programme de stabilité d'avril 2016 (-0,5 point). Cette révision, prise en compte par la commission des comptes de juin, se traduit par une réduction de près de 1 Md€ des recettes. En outre, la commission des comptes a estimé qu'il n'y aurait pas pour l'essentiel d'effet base en 2016 associé à l'amélioration des recettes constatée en 2015 (+1,1 Md€).

Si ces hypothèses étaient revues dans un sens plus favorable, ce qui est plausible, le niveau des recettes pourrait être sensiblement plus élevé que prévu.

a) La persistance de recettes non pérennes et la fragilisation des ressources du FSV

Outre le « produit exceptionnel » de CSG intégré par la commission des comptes de la sécurité sociale, les recettes du régime général et du FSV bénéficieraient en 2016 d'un apport de 0,65 Md€ au titre de la mesure d'accélération du versement des cotisations sociales des caisses de congés payés, mesure n'ayant qu'un effet ponctuel en 2015 et en 2016.

Par ailleurs, les réaffectations de recettes entre organismes de sécurité sociale opérées en 2016 concentrent sur le FSV les plus volatiles d'entre elles et risquent de fragiliser encore plus l'équilibre de ce fonds.

Les conséquences de l'arrêt « Ruyter » de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) sur la composition des recettes du FSV

À l'occasion de l'arrêt « Ruyter », la CJUE a remis en cause la faculté de soumettre à des prélèvements affectés à des régimes de sécurité sociale les revenus du capital perçus par des personnes rattachées à un régime de sécurité sociale d'un autre pays membre de l'Union européenne. Pour tenir compte de cette décision et sécuriser ces prélèvements, la LFSS pour 2016 a affecté la quasi-totalité des prélèvements sociaux sur le capital (CSG incluse) au financement du FSV, et dans une moindre mesure, à celui de la CNSA et de la CADES. En contrepartie, les parts de CSG sur les revenus d'activité et de remplacement, de forfait social, de C3S et de taxe sur les salaires précédemment affectées au FSV sont transférées aux différentes branches du régime général, ces redéploiements étant neutres instantanément sur les recettes de chaque branche et de chaque organisme.

En 2016, 97 % des recettes du FSV sont ainsi composées de prélèvements sur les revenus du capital, particulièrement volatiles et sensibles à la conjoncture économique[28]. L'effet de ciseaux que subissait déjà le FSV en raison de la sensibilité de ses charges à la conjoncture sera donc fortement amplifié par la nouvelle composition de ses ressources. Il se traduirait dès 2016 par un solde plus dégradé que prévu en LFSS pour 2016, à rebours de ce qui est anticipé sur le seul régime général.

[28] La Cour a estimé à 3,0 l'élasticité par rapport au PIB de l'assiette des prélèvements sur le capital, contre 0,9 pour la masse salariale du secteur privé. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, pour 2012, chapitre V : le financement de la sécurité sociale par l'impôt, p. 135-163, La Documentation française, septembre 2012, disponible sur www.ccomptes.fr.

b) Des mesures nouvelles majoritairement liées au Pacte de responsabilité

En 2016, la majorité des mesures nouvelles en recettes comportent des baisses de recettes : Pacte de responsabilité (-4,3 Md€) et loi sur la croissance et l'activité (-0,2 Md€)[29], dont l'incidence sur le solde du régime général et du FSV est compensée par des transferts de dépenses vers l'État (voir *infra*), et baisse des cotisations des praticiens et des auxiliaires médicaux prises en charge par l'assurance maladie, compensée par une réduction de même montant des dépenses liées à ces prises en charge (-0,3 Md€).

La poursuite du Pacte de responsabilité

L'année 2016 correspond à une nouvelle phase du Pacte de responsabilité. À ce titre, les recettes du régime général sont affectées par :

- l'extension de la réduction de 1,8 point du taux de cotisations famille pour les salaires et les revenus d'activité des travailleurs indépendants compris entre 1,6 et 3,5 SMIC ; cette mesure est entrée en vigueur au 1er avril 2016 pour un coût estimé de 2,9 Md€ cette année ;
- l'augmentation de l'abattement d'assiette de C3S, en vue d'une suppression progressive de cet impôt, réduisant de 1 Md€ le rendement de la CSSS en 2016, par rapport à 2015 ;
- la baisse de 0,5 Md€, entre 2015 et 2016, du rendement de la mesure d'accélération du calendrier de versement des cotisations et contributions sociales versées par les caisses de congés payés.

Ces pertes de recettes, pour un total estimé aujourd'hui à 4,4 Md€, ainsi que celles liées aux mesures de la loi sur la croissance et l'activité (0,2 Md€), sont compensées par des transferts de dépenses vers l'État (5 Md€) et par une augmentation de la fraction de TVA affectée à la CNAMTS (+0,1 Md€). La compensation de la deuxième phase du Pacte de responsabilité dégagerait donc en 2016 un excédent en faveur de la sécurité sociale, à hauteur de 0,5 Md€. Compte tenu de l'insuffisance de compensation constatée en 2015 pour la première phase (à hauteur de 0,6 Md€), la compensation des deux premières phases serait presque complète (à 0,1 Md€ près).

[29] Les impacts totaux étaient évalués à 5,1 Md€ en LFSS 2016.

Les autres mesures nouvelles en recettes affectant le solde atteignent un montant net de +0,5 Md€. Les augmentations de taux de cotisations vieillesse prévues dans le cadre du décret de 2012 sur les carrières longues et de la réforme des retraites de 2014 procureraient un surcroît de ressources de 1,1 Md€. Les autres mesures réduisent globalement les recettes de 0,6 Md€.

Tableau n° 20 : impacts prévisionnels 2016 en recettes des mesures nouvelles (hors « produit exceptionnel » de CSG)

En Md€

Intitulé de la mesure	Impact en recettes
Mesures liées au Pacte de responsabilité	***-4,3***
Poursuite de la réduction des cotisations familles	-2,9
Abattement supplémentaire de CSSS	-1,0
Extinction de la mesure relative aux caisses de congés payés[30]	-0,5
Ajustement de l'affectation de TVA	0,1
Autres mesures compensées en dépenses par l'État	***-0,2***
Mesures de la loi croissance et activité du 6 août 2015 (allègements des prélèvements sociaux sur les contributions employeurs aux PERCO et sur les attributions gratuites d'actions)	-0,2
Autres mesures neutralisées en dépenses sur le solde	***-0,3***
Baisse du taux de cotisation des praticiens et auxiliaires médicaux	-0,3
Autres mesures	***+0,5***
Hausses des taux de cotisations vieillesse (réforme de 2014 et décret carrières longues de 2012)	+1,1
Épuisement des réserves de C3S affectées au FSV	-0,2
Contrepartie de la taxation au fil de l'eau des intérêts des compartiments euros des contrats d'assurance vie	-0,2
Contrecoup de la mesure de suppression de l'application des « taux historiques » pour les produits d'assurance-vie (LFSS 2014)	-0,1
Solde des mesures de transferts internes à la sécurité sociale	-0,1
Total des mesures sur les recettes du régime général et du FSV	**-4,3**

Source : Cour des comptes d'après les données de la LFSS 2016 et du rapport de la CCSS de juin 2016.

[30] Compte tenu d'un rendement de la mesure de 1,15 Md€ en 2015, contre 1,5 Md€ initialement attendu, et d'une prévision de rendement de 0,65 Md€ pour 2016, contre 0,5 Md€ initialement attendu.

Les estimations de la commission des comptes de la sécurité sociale intègrent une compensation par l'État de l'effet de la réduction du taux de cotisations maladie des exploitants agricoles (-0,5 Md€), décidée en février 2016. Elle demeure à définir dans le cadre des prochaines lois financières.

Au total, le solde net des impacts des mesures nouvelles sur les recettes du régime général et du FSV atteindrait -4,3 Md€ pour 2016.

c) Une évolution spontanée des recettes qui pourrait être sous-estimée

Sur la base d'une progression des recettes du régime général[31] et du FSV de +2,3 Md€ (hors « produit exceptionnel » de CSG), l'évolution spontanée des recettes serait de +6,6 Md€ en 2016, soit +1,83 %. Cette évolution correspondrait à une élasticité de 0,8 par rapport au PIB, nettement plus faible que celle constatée en 2015 (soit 0,95).

Ce résultat s'explique en partie par le fait que l'effet base associé à l'amélioration des recettes constatée en 2015 (+1,1 Md€) a été considéré pour l'essentiel inexistant en 2016 ou intégralement compensé par une dégradation des perspectives d'évolution sur certains produits par rapport à la LFSS pour 2016. Cette évolution défavorable, qui concernerait en particulier les cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants ainsi que les prélèvements sociaux sur le capital, n'est cependant pas certaine et reste à confirmer.

Pour sa part, l'ACOSS anticipait courant juin une croissance de la masse salariale du secteur privé un peu plus élevée (+2,5 %) que celle prévue par le Programme de stabilité et de croissance et retenue par la commission des comptes début juin. Si cette tendance se confirme, ce qui est possible, la croissance de la masse salariale pourrait alors se rapprocher de celle initialement prévue en LFSS pour 2016 (soit +2,8 %). Au stade de ses prévisions internes actualisées courant juin, l'agence anticipait de surcroît une progression de la CSG sur les revenus du capital plus dynamique (+8,6 %) que celle retenue par la commission des comptes (+4 %).

Au total, si tout ou partie de l'effet base associé à l'amélioration des recettes 2015 se reportait finalement sur 2016, et si l'évolution de la masse salariale se rapprochait de la prévision initiale de LFSS pour 2016, évolutions qui apparaissent plausibles, le régime général et le FSV pourraient bénéficier de l'ordre de 1 à 2 Md€ de recettes supplémentaires par rapport aux prévisions de juin. La hausse spontanée des recettes serait alors de +2,4 % en 2016.

[31] À périmètre constant s'agissant du risque maladie.

2 - Une progression des dépenses contenue en valeur mais qui reste supérieure, en volume, à celle du PIB

Selon la commission des comptes, les dépenses du régime général et du FSV progresseraient de +0,4 % en 2016 pour s'établir à 373,2 Md€, à périmètres 2015 et 2016 intégrant les conséquences de la PUMa. Cette faible progression intègre l'effet des transferts de dépenses de la branche famille à l'État au titre de la compensation du Pacte de responsabilité (voir encadré *infra*).

Tableau n° 21 : dépenses du régime général et du FSV

En Md€

	2015 Pro forma PUMa	**2016 prévision juin 2016**	**Variation en Md€**	***Variation en %***
Maladie	195,9	199,5	+3,6	*+1,8 %*
AT-MP	11,9	12,0	+0,2	*+1,3 %*
Famille	54,3	49,6	-4,7	*-8,6 %*
Vieillesse	120,5	123,0	+2,5	*+2,1 %*
Total régime général	**369,8**	**371,3**	**+1,5**	***+0,4 %***
FSV	20,5	20,2	-0,3	*-1,8 %*
Total régime général + FSV	**371,8**	**373,2**	**+1,4**	***+0,4 %***

Note : le total est différent de l'agrégation des montants par branche, car net des transferts entre branches et de contractions de certains produits et charges.
Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2016.

a) Une dépense qui s'annonce moins élevée que prévu

Les dépenses s'établiraient à un niveau inférieur de 0,8 Md€ à celui prévu en LFSS pour 2016. À hauteur de 0,5 Md€, cette amélioration proviendrait de l'effet base associé à l'exécution 2015. En outre, une économie supplémentaire de 0,3 Md€ serait réalisée au titre des dépenses de gestion courante et du fait d'une efficacité accrue de la lutte contre la fraude.

La moindre inflation désormais attendue pour 2016 entraînerait par ailleurs 0,2 Md€ de moindres dépenses, ce qui neutraliserait l'ensemble des autres facteurs d'écart par rapport aux prévisions de la LFSS pour 2016.

b) À périmètre constant, un rythme de progression des dépenses en volume qui reste significatif

L'absence d'inflation, pour la deuxième année consécutive, aurait un effet modérateur sur l'évolution des dépenses des branches vieillesse et famille. Avec une revalorisation des prestations familiales de +0,1 % au 1er avril 2016, le montant unitaire des prestations indexées augmentera de +0,08 % en moyenne annuelle en 2016, contre +0,15 % en 2015. Si l'inflation reste nulle au premier semestre 2016, les pensions de retraite ne seraient pas revalorisées au 1er octobre 2015.

L'effet en année pleine de la modulation des allocations familiales en fonction du revenu (-0,4 Md€) et la montée en charge des mesures du plan pauvreté de 2014 (+0,15 Md€)[32] conduiraient ensemble à réduire de plus de 0,8 point (-250 M€) les prestations légales de la branche famille en 2016. Au total, sans les transferts de dépenses opérés en 2016 vers l'État (voir encadré *infra*), les dépenses prévisionnelles de la branche famille progresseraient de +0,4 %.

Les facteurs démographiques, conjugués à la faible inflation, conduiraient à une progression des dépenses de la branche vieillesse de +2,1 % en 2016, voisine de celle de 2015 après neutralisation de l'intégration financière du RSI. En 2016, selon la commission des comptes, les impacts de la réforme des retraites de 2010 se traduiraient par une réduction d'un point de l'augmentation des dépenses de pensions tandis que les assouplissements apportés aux conditions des départs anticipés, notamment par le décret de juillet 2012, induiraient une accélération de 0,5 point de cette progression.

Les dépenses de la branche maladie, à périmètre constant (voir encadré *infra*), progresseraient quant à elles de +2,0 % sous l'hypothèse du respect d'une hausse de +1,75 % des dépenses comprises dans le champ de l'ONDAM. Par rapport à une progression de +2,0 % en 2015, le durcissement de l'ONDAM en 2016 doit cependant être relativisé : hors effet lié à la réduction des prises en charge de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux retracées en dépenses de l'ONDAM, l'objectif fixé pour 2016 équivaut en réalité à une progression de +1,9 %. Par ailleurs, si la sous-exécution de l'ONDAM en 2015 se confirme à hauteur de 0,1 Md€, le respect de l'ONDAM 2016 en valeur reviendrait, hors effet précité, à une progression de +1,95 % entre 2015 et 2016[33].

[32] Qui inclut des revalorisations exceptionnelles entre 2014 et 2019 du complément familial et de l'allocation de soutien familial pour les familles modestes.

[33] Voir le chapitre II du présent rapport : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2015 une dynamique non maîtrisée des soins de ville, une vigilance nécessaire en 2016, des économies supplémentaires importantes à rechercher en 2017.

Une fois neutralisés les changements de périmètre intervenus en 2016, la progression des dépenses de l'ensemble des branches du régime général s'établirait à +1,8 %, soit un taux d'augmentation légèrement supérieur à 2015 (+1,6 %). Exprimée en volume, et compte tenu d'une inflation nulle, la croissance des dépenses comprises dans le champ de l'ONDAM serait également de +1,8 %, soit une augmentation supérieure à celle du PIB en volume (+1,5 %).

En revanche, la progression des dépenses en valeur (+1,8 %) serait inférieure à celle du PIB en valeur (+2,4 %). Cet écart provient du fait que les dépenses de protection sociale indexées sur l'inflation prennent pour référence l'indice des prix à la consommation (hors tabac) et non le déflateur du PIB. Or, en 2016, ce déflateur progresserait pour des raisons conjoncturelles significativement plus vite que l'indice des prix à la consommation.

Les changements de périmètre en dépense en 2016

- *L'intégration financière de l'ensemble des régimes d'assurance maladie au régime général (pour mémoire)* : comme déjà évoqué, cette intégration s'accompagne de l'inscription, dans les comptes de la CNAMTS, des dépenses et des recettes relatives aux prestations en nature servies par les régimes intégrés. À ce titre, la base de comparaison des dépenses de la branche maladie du régime général en 2015 se trouve majorée de 22,7 Md€.

- *La compensation des mesures du Pacte de responsabilité* : à ce titre, 5 Md€ de dépenses sont transférés en 2016 de la branche famille vers l'État. Il s'agit pour 4,6 Md€ du financement des allocations logement à caractère familial (ALF) et pour 0,4 Md€ du financement de la protection juridique des majeurs.

- *La réduction des cotisations sociales des professionnels de santé :* les mesures d'économies intégrées à la construction de l'ONDAM 2016 comprennent l'effet de la réduction des taux de cotisations d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés sur les dépenses de l'assurance maladie. La contraction des recettes et des dépenses correspondantes conduit à réduire les dépenses de 270 M€ en 2016.

⁂

Au total, selon les prévisions de juin dernier, le taux d'augmentation des dépenses à périmètre constant (+1,8 %) resterait très proche du taux de progression spontanée des recettes (+1,83 %) en 2016. Ce faible différentiel, lié notamment à la révision des hypothèses de croissance de la masse salariale pour 2016, expliquerait la réduction modérée du déficit en 2016 par rapport à l'année précédente, en l'absence de mesures nouvelles significatives en recettes.

Si l'on exclut le « produit exceptionnel » de CSG (0,7 Md€) intégré de manière très discutable à la prévision, comme le préconise la Cour, cette diminution ne serait, toutes choses égales par ailleurs, que de 1,0 Md€, soit son rythme le plus faible depuis 2011.

Toutefois, il n'est pas exclu que la croissance spontanée des recettes soit en définitive plus forte que prévu. En particulier, une meilleure tenue de la masse salariale et une plus forte rémanence des effets base liés au surcroît de recettes en 2015 par rapport à la prévision, qui apparaissent plausibles, pourraient conduire à améliorer de jusqu'à 1 à 2 Md€ le solde du régime général et du FSV. Hors « produit exceptionnel » de CSG, il pourrait alors se situer entre -8,8 et -7,8 Md€, ce qui traduirait une réduction de 2 à 3 Md€ du déficit entre 2015 et 2016, soit un rythme analogue à celui constaté ces trois dernières années. En pareille hypothèse, cette réduction pourrait bénéficier notablement en particulier à la branche maladie.

B - Des déficits prévisionnels qui pourraient persister jusqu'en 2019

1 - Un impact limité des révisions d'hypothèses économiques du printemps 2016 sur les projections de soldes d'ici à 2019

Les prévisions de soldes associées à la LFSS pour 2016 avaient confirmé que la dégradation des hypothèses économiques depuis l'adoption de la LFSS pour 2015 conduisait à repousser au-delà de 2019 la perspective d'un retour à l'équilibre du régime général et du FSV.

En dépit d'un solde 2015 en définitive meilleur que celui prévu en LFSS pour 2016, la révision des hypothèses économiques relatives à la masse salariale du secteur privé et à l'inflation, opérée à l'occasion du programme de stabilité présenté en avril 2016, ne permet pas d'anticiper un retour plus rapide à l'équilibre.

En effet, ces nouvelles hypothèses, reprises par la commission des comptes de la sécurité sociale de juin dernier, auraient, toutes choses égales par ailleurs, un effet très limité sur les soldes à l'horizon 2019 : comme le montre le tableau ci-après, l'impact sur les dépenses d'une remontée plus lente de l'inflation que prévu serait compensé par celui sur les recettes de la moindre progression de la masse salariale du secteur privé entre 2016 et 2018.

Tableau n° 22 : soldes prévisionnels du régime général et du FSV ajustés en fonction des hypothèses économiques du programme de stabilité d'avril 2016

En Md€ sauf indication contraire

		2016	2017	2018	2019
Soldes LFSS 2016		**-9,7**	**-6,9**	**-4,1**	**-1,0**
	Effet base lié à l'exécution 2016*		**-0,1**	**-0,1**	**-0,1**
Variation de la masse salariale du secteur privée	LFSS 2016		+3,1 %	+3,7 %	+3,8 %
	Programme de stabilité 2016		+2,5 %	+3,1 %	+3,8 %
	Impact cumulé sur le solde annuel[34]		**-1,2**	**-2,5**	**-2,5**
Variation de l'indice des prix à la consommation	LFSS 2016		+1,4 %	+1,8 %	+1,8 %
	Programme de stabilité 2016		+1,0 %	+1,4 %	+1,75 %
	Impact cumulé sur le solde annuel[35]		**+1,4**	**+2,0**	**+2,3**
Soldes ajustés		**-9,8****	**-6,8**	**-4,7**	**-1,3**

** soit l'écart entre la nouvelle prévision 2016 et celle de la LFSS,* ***hors prise en compte du « produit exceptionnel » de CSG.***

*** **hors prise en compte du « produit exceptionnel » de CSG.***

Source : Cour des comptes d'après les données de la LFSS 2016 et du programme de stabilité d'avril 2016.

[34] Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, 1 point d'augmentation annuelle de la masse salariale a un impact de +2,1 Md€ sur le solde du régime général et du FSV.

[35] Selon le rapport précité, 1 point d'inflation a un impact de -1,4 Md€ en année pleine sur le solde du régime général. La révision de l'hypothèse d'inflation 2016 (-1 point) joue à plein sur 2017 au-delà de l'effet base pris en compte dans le tableau.

2 - Des projections soumises à des aléas significatifs, en dépenses comme en recettes

a) Les incertitudes liées aux évolutions économiques

Si la dynamique des recettes était plus forte que prévu en 2016, à niveau d'inflation inchangé, les soldes prévisionnels de 2016 à 2019 pourraient s'en trouver améliorés de 1 à 2 Md€. Si cette amélioration se maintenait en base pour les années suivantes, et toutes choses égales par ailleurs, l'équilibre du régime général et du FSV pourrait être atteint en 2019.

Néanmoins, les projections des pouvoirs publics en matière de croissance de la masse salariale, sur laquelle les trois quarts des ressources de la sécurité sociale sont assises, reposent sur l'hypothèse de sa forte accélération en 2018 (+3,1 % après +2,5 % en 2017) et à nouveau en 2019 (+3,8 %).

Or, les prévisions en ce sens qui ont régulièrement sous-tendu les exercices de projection dans le cadre des lois de financement précédentes ne se sont que très partiellement réalisées.

Le Haut Conseil des finances publiques, dans son avis du 12 avril 2016, a ainsi estimé que l'hypothèse d'accélération de l'activité en fin de période était fragile. À titre d'illustration, des progressions de masse salariale qui plafonneraient à 3 % en 2018 et 2019 conduiraient à dégrader de 1,8 Md€ le solde prévisionnel 2019 du régime général et du FSV, ce qui neutraliserait sur le solde 2019 l'effet en base d'une meilleure tenue que prévu des recettes 2016.

Par ailleurs, les conséquences du référendum britannique du 23 juin 2016 sur la sortie du Royaume-Uni de l'Union européenne constituent un facteur d'incertitude supplémentaire sur l'évolution de la croissance française à moyen terme.

b) Une dernière phase du Pacte de responsabilité à compenser

Au-delà de 2016, l'achèvement du Pacte de responsabilité devrait se traduire par l'impact en année pleine de l'extension de la réduction des cotisations famille, entrée en vigueur au 1er avril 2016, pour un coût de près de 1 Md€ en 2017. En outre, la fin des effets de la mesure relative au versement des cotisations et contributions sociales par les caisses de congés payés se traduira par une réduction des recettes de 650 M€ en 2017. En revanche, la suppression totale de la C3S en 2017, comme prévu initialement dans le Pacte de responsabilité et plus récemment dans le programme de stabilité 2016-2019, qui aurait représenté un coût de 3,5 Md€ en 2017, ne serait finalement pas mise en œuvre, selon les propos du Président de la République publiés le 30 juin dernier dans la presse.

Au total, au moins 1,65 Md€ de pertes de recettes devront être compensées dans le cadre des lois financières pour 2017.

c) Des risques pesant sur le respect de la trajectoire en dépenses de l'assurance maladie

La tenue effective d'un objectif de progression des dépenses limitée à +1,75 %, notamment après 2017 une fois achevée la réduction des taux de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux, pourrait être rendue plus difficile dans un contexte de remontée de l'inflation, eu égard notamment aux évolutions salariales décidées pour la fonction publique hospitalière et aux résultats des négociations conventionnelles avec les professionnels libéraux de santé.

Par ailleurs, les mesures d'économies devant permettre de respecter une progression des dépenses comprises dans le champ de l'ONDAM de +1,75 % jusqu'en 2019, comme prévu depuis la LFSS pour 2016, restent à ce jour insuffisamment documentées[36].

En particulier, pour compenser l'incidence de la révision à la baisse déjà opérée sur les prévisions d'inflation, le programme de stabilité 2016-2019 prévoit de nouvelles économies en dépenses sur l'ensemble des administrations de sécurité sociale, pour un montant de 2 Md€ dès 2017. Ces économies ne seront toutefois détaillées qu'à l'occasion des lois financières pour 2017. Leur effet sur les soldes du régime général et du FSV à l'horizon de 2019 ne peut donc être quantifié à ce stade.

⁂

Les incertitudes affectant l'évolution de la masse salariale, et donc la progression spontanée des recettes, au cours des années à venir ne permettent pas d'assurer une trajectoire de retour rapide à l'équilibre sans intensifier les efforts d'économies sur la dépense. Même dans l'hypothèse d'une reprise progressive de l'activité et de l'inflation, comme prévu dans les projections du gouvernement, la capacité des pouvoirs publics à tenir un ONDAM quasiment stable en valeur réelle serait déterminante pour permettre un rythme suffisant de réduction des déficits. Le respect de la trajectoire de retour à l'équilibre suppose de dégager des économies d'un montant annuel significativement plus élevé que jusqu'à présent en matière d'assurance maladie, qui continue à concentrer la plus grande partie du déficit, dans un contexte où se renforcent par ailleurs les facteurs qui exercent une pression à la hausse de ces dépenses, notamment le coût des médicaments innovants.

[36] Voir le chapitre II du présent rapport : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2015 une dynamique non maîtrisée des soins de ville, une vigilance nécessaire en 2016, des économies supplémentaires importantes à rechercher en 2017.

C - Une dette sociale qui a entamé son reflux, un amortissement à organiser pour la part encore portée par l'ACOSS

1 - Un début de diminution de la dette sociale confirmé en 2015 et 2016, mais une capacité de transfert à la CADES saturée

a) Une dette sociale qui a commencé à refluer après treize ans de hausse ininterrompue

Depuis 1996, la dette sociale, entendue comme la somme des déficits cumulés du régime général et du FSV, conservés par l'ACOSS, et de la situation nette de la CADES, n'a cessé de progresser, à l'exception d'une stabilisation provisoire entre 1999 et 2001. Elle est passé de 20 Md€ en 1996, à la création de la CADES, à 79 Md€ fin 2005, puis à 136 Md€ fin 2010 pour atteindre plus de 158 Md€ fin 2014.

L'année 2015, pour laquelle une simple stabilisation, inédite déjà depuis 2002, était anticipée, a été marquée par un reflux de 2,1 Md€ de la dette sociale, ramenée à 156,4 Md€, grâce à l'amélioration du déficit du régime général et du FSV par rapport à ce qui était attendu.

En l'état actuel des prévisions fournies par la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2016, le recul de la dette sociale devrait s'amplifier en 2016, grâce à la conjonction d'un déficit moins élevé pour le régime général et le FSV (-9,8 Md€ hors « produit exceptionnel » de CSG) et d'un amortissement annuel de plus de 14 Md€ assuré par la CADES. Toutes choses égales par ailleurs, la dette sociale se réduirait de 4 Md€, à 152,4 Md€. Si les recettes 2016 étaient meilleures que prévu de 1 à 2 Md€, la dette sociale pourrait alors dans cette hypothèse diminuer de 5 à 6 Md€ en 2016.

Ce montant ne tient cependant pas compte des dettes accumulées par les branches vieillesse des régimes des mines (0,4 Md€ fin 2015) [37] et des exploitants agricoles (3,3 Md€ fin 2015), pour lesquelles aucune modalité d'amortissement n'a été prévue à ce jour.

[37] Voir le chapitre XIII du présent rapport : la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines : une survie artificielle, une suppression à organiser.

Tableau n° 23 : évolution de la dette sociale (2012-2016)

En Md€

	2012	2013	2014	2015	2016 (p)
(1) Situation nette de la CADES	137,5	132,7	130,1	126,7	136,0
(2) Cumul des déficits des branches maladie, famille et vieillesse du régime général et des déficits du FSV non repris par la CADES	16,1	24,4	28,2	29,7	16,4
Endettement net de l'ACOSS (p.m.)	*16,6*	*23,7*	*30,1*	*31,2*	*18,1*
(1)+(2) Total dette sociale	**153,6**	**157,1**	**158,3**	**156,4**	**152,4**

Source : Cour des comptes d'après les données des rapports de la CCSS.

b) Une capacité de reprise de dette par la CADES, à ressources et horizon d'amortissement inchangés, saturée en 2016

La LFSS pour 2011 avait prévu la reprise globale de 62 Md€ de dette de l'ACOSS par la CADES sur la période 2011-2018, dans la limite de 10 Md€ de reprise par an. La loi de financement pour 2016, en supprimant le plafond annuel de 10 Md€, a accéléré le rythme des transferts de dettes à la CADES dans la limite globale des 62 Md€. Les transferts intervenus en 2016, soit 23,6 Md€, couvrent l'ensemble des déficits maladie et famille restant portés par l'ACOSS au titre de 2013 et 2014 (18,9 Md€ au total, dont 13 Md€ pour la branche maladie), l'intégralité des déficits 2015 de la branche vieillesse et du FSV et une part réduite du déficit 2015 de la branche maladie (1 Md€). Ils saturent désormais l'enveloppe des reprises de dettes.

Fin 2016, l'ACOSS portera encore les déficits 2015 et 2016 des branches maladie (hors reprise précitée de 1 Md€) et famille, soit respectivement 10,7 Md€ et 2,5 Md€, ainsi que le déficit 2016 de la branche vieillesse et du FSV, soit 3,4 Md€, diminué de l'excédent de transfert opéré au titre de l'année 2015 (-0,2 Md€)[38]. Ce montant total de dette résiduelle à l'ACOSS, soit 16,4 Md€, pourrait toutefois être réduit de 1 à 2 Md€ en fonction de l'évolution attendue des recettes 2016.

[38] Le solde agrégé de la branche vieillesse et du FSV ayant été meilleur que prévu lors de l'établissement du décret de transfert, à hauteur de 0,2 Md€, le transfert de dettes opéré en 2016 au titre de 2015 excède d'autant le déficit.

À partir de 2017, selon les dispositions organiques en vigueur, aucun nouveau transfert ne pourra alors intervenir sans être accompagné d'une affectation de ressources supplémentaires à la CADES.

c) Un rythme de reflux de la dette sociale au-delà de 2016 conditionné par la trajectoire de soldes

Au-delà de 2016, la chronique prévisionnelle des soldes du régime général et du FSV issue de la LFSS pour 2016, ajustée en fonction des hypothèses économiques du programme de stabilité d'avril 2016 (voir *supra*), fait apparaître des montants annuels de déficit de plus en plus réduits, tandis que les capacités annuelles d'amortissement de la CADES augmenteront avec la baisse de son encours de dette et la progression tendancielle de ses recettes. Dès lors, le rythme de la réduction de la dette sociale devrait s'amplifier et l'encours de cette dernière pourrait refluer vers un peu plus de 120 Md€ à fin 2019.

Tableau n° 24 : projections de la dette sociale de 2016 à 2019

En Md€

	2016	2017	2018	2019
(1) Situation nette de la CADES	136,0	121,5	106,1	89,8
(2) Cumul des déficits des branches maladie, famille et vieillesse du régime général et des déficits du FSV non repris par la CADES	16,4	23,8	29,6	32,3
Endettement net de l'ACOSS (p.m.)	*18,1*	*24,9*	*29,6*	*30,9*
(1)+(2) Total dette sociale	**152,4**	**145,3**	**135,7**	**122,1**

Source : Cour des comptes d'après les données de la LFSS pour 2016 et du programme de stabilité d'avril 2016.

Toutes choses égales par ailleurs, l'hypothèse d'un solde 2016 amélioré de 1 à 2 Md€ se traduirait fin 2019 par une dette réduite de 4 à 8 Md€, si cette amélioration se retrouvait en base chaque année.

Les aléas macro-économiques pesant sur l'évolution des recettes du régime général au-delà de 2016 pourraient affecter le rythme de ce mouvement de diminution. Mais, à dépenses données, ils ne le remettraient pas en cause tant que la trajectoire de progression annuelle moyenne de la masse salariale réelle (hors inflation) ne s'écarterait pas de

plus de 2,5 points des prévisions du gouvernement[39] sur les années 2017 à 2019, autrement dit tant que le déficit annuel du régime général et du FSV resterait inférieur à l'amortissement annuel opéré par la CADES. La trajectoire de soldes du régime général et du FSV conserve ainsi un caractère déterminant pour l'évolution de la dette sociale.

2 - Un amortissement de la dette sociale à organiser d'ici le terme de la mission de la CADES en 2024

Même si le régime général et le FSV revenaient à l'équilibre en 2019 ou en 2020, l'amortissement de 20 à 30 Md€ de dette à nouveau accumulés à cette date resterait cependant à assurer, compte tenu de la saturation fin 2016 des possibilités de transferts à la CADES. Afin de garantir une extinction complète de la dette sociale à l'horizon de celle déjà reprise par la CADES, soit 2024 en l'état actuel des prévisions, l'amortissement intégral de la part portée par l'ACOSS devrait être organisé pour ce même terme, ainsi que la Cour l'a déjà recommandé.

a) Une dette portée par l'ACOSS et financée à court terme qui pourrait atteindre jusqu'à 30 Md€ fin 2019

Les transferts opérés en 2016 laisseront encore une dette de plus de 16 Md€ à l'ACOSS fin 2016 selon les prévisions de la commission des comptes de juin. En cas de meilleure tenue que prévu des recettes en 2016, cette dette ne serait réduite que de 1 à 2 Md€. La chronique prévisionnelle des déficits du régime général et du FSV pour les années 2017 à 2019 conduirait, toutes choses égales par ailleurs, à l'accumulation de 7 à 13 Md€ de dette supplémentaire fin 2019. Ce sont ainsi entre 20 et 30 Md€ de dette qui continueraient à être portés par l'ACOSS fin 2019, financés par des titres de court terme particulièrement sensibles aux risques de remontée des taux d'intérêt.

[39] Un écart de 2,5 points sur la progression annuelle de la masse salariale se traduirait par une détérioration de 5 Md€ sur l'évolution annuelle du solde du régime général. Dans ces conditions, le déficit du régime général et du FSV serait d'au moins 15 Md€ en 2018 et 2019.

Le programme de stabilité 2016-2019 se fonde de fait sur un scénario de remontée progressive des taux d'intérêt sur les prochaines années. Les taux de court terme augmenteraient de 80 points de base entre 2016 et 2018, puis de 80 points supplémentaires en 2019. Le résultat financier annuel de l'ACOSS pourrait alors se détériorer de plus de 450 M€ entre 2016 et 2019.

b) Un amortissement de la dette supportée par l'ACOSS fin 2016 à organiser rapidement

Le taux moyen de financement de la dette portée par la CADES est tombé à 1,71 % fin mai 2016. Fin 2011, il atteignait encore 2,84 %. Cette évolution est pour partie liée à l'effondrement des taux de court terme, alors que la CADES a accru depuis 2010 la proportion de son encours de dette financé à taux révisable, mais aussi au recul des taux de long terme, dont elle bénéficie lors de ses nouvelles émissions. Le taux d'intérêt moyen supporté sur l'encours financé à taux fixe est ainsi passé de 3,64 % fin 2011 à 2,84 % fin avril 2016.

Cette amélioration des conditions de financement explique notamment que la CADES anticipe désormais un amortissement total de la dette qui lui a été transférée à l'horizon 2024, plutôt qu'en 2025 comme il était prévu fin 2010. Néanmoins, la dette qu'elle porte reste sensible aux risques de remontée de taux pour ce qui est de son encours financé à taux révisables ou variables.

La sensibilité de la dette portée par la CADES au risque de taux

La dette nette de la CADES devrait atteindre 136 Md€ fin 2016. Au 31 mai 2016, l'encours net, déjà de 135,3 Md€[40], était financé à hauteur de 29 % à taux révisable, fonction essentiellement des taux à 3 mois, et à hauteur de 7 % à taux variable, fonction des taux au jour le jour. Le tiers de l'encours actuel, soit 47 Md€, est ainsi directement exposé aux risques de remontée des taux de court terme.

Selon l'échéancier de la dette, l'encours à taux révisable serait encore de 30 Md€ début 2018, puis de 20 Md€ début 2019, au-delà d'un volant d'endettement net de court terme de près de 10 Md€. La remontée des taux prévue d'ici 2019 dans le programme de stabilité aurait alors un impact sur les charges d'intérêt de l'ordre de 300 M€ en 2018 et de 450 M€ en 2019.

[40] Il restait alors plus de 9 Md€ de produit de CRDS et de CSG à recevoir et 8,6 Md€ de versements à opérer en faveur de l'ACOSS avant la fin de l'année, sans compter les charges financières d'intérêts restant à honorer de juin à décembre 2016.

En dehors de l'encours financé à taux révisable, les risques de taux sur la dette déjà transférée à la CADES sont très faibles à l'horizon 2020 et au-delà, dans la mesure où l'échéancier des emprunts n'oblige plus la CADES à procéder à des émissions nouvelles significatives de moyen ou long terme d'ici à 2024[41].

En revanche, la CADES sera exposée à des risques de taux supplémentaires dès lors que de nouveaux transferts de dettes seront à organiser d'ici à 2020. Le scénario du programme de stabilité se fonde en effet sur des taux d'intérêt à 10 ans qui progresseraient pour atteindre 3,2 % en 2019, soit 36 points de base de plus que le taux moyen actuel de l'encours à taux fixe de la CADES.

Cette perspective nécessite un transfert rapide à la CADES des dettes encore portées par l'ACOSS, comme la Cour l'a déjà recommandé, ainsi que des dettes persistantes des branches vieillesse des régimes des exploitants agricoles et des mines.

La reprise de la dette de l'ACOSS fin 2016, soit 14 à 16 Md€ en fonction du niveau constaté des recettes 2016 au titre des branches maladie, famille et vieillesse et du FSV, devrait ainsi être organisée par la loi de financement pour 2017. L'amortissement de cette dette au même horizon que celles déjà transférées à la CADES, soit 2024, nécessiterait l'affectation à cette dernière de 1,8 à 2 Md€ de recettes annuelles supplémentaires dès 2017.

Il conviendrait à cette fin de mobiliser en premier lieu les réserves disponibles du fonds de réserve des retraites[42] pour amortir la dette résultant des déficits non repris de la branche vieillesse du régime général et du FSV (au plus 3,4 Md€ au sein de la dette portée par l'ACOSS fin 2016) et, pour le solde, comme l'exige le Conseil constitutionnel[43], toute autre ressource permettant de respecter le terme aujourd'hui prévu de la CADES sans dégrader les conditions de l'équilibre financier des régimes de sécurité sociale[44]. Les réserves disponibles du fonds de réserve des retraites auraient également vocation à être mobilisées à partir de 2017 pour amortir la dette résultant des déficits accumulés par ailleurs fin 2016 par les branches vieillesse du régime des exploitants agricoles et de celui des mines (soit 3,7 Md€ au total).

[41] Cette perspective correspond à une hypothèse de recettes progressant en moyenne d'au moins 3 % par an en valeur d'ici 2024 et à un taux de financement moyen inférieur à 2,5 % sur la période.

[42] Le Fonds de réserve des retraites (FRR) est un établissement public de l'État à caractère administratif régi par l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale. Fin 2015, sa situation nette s'élevait à 12,8 Md€.

[43] Décision n° 2010-616 du 10 novembre 2010.

[44] À titre d'illustration, 2 Md€ de recettes annuelles supplémentaires pour la CADES dès 2017 représenteraient l'équivalent de 0,15 point de CRDS.

Au-delà de 2016, c'est en premier lieu la trajectoire de solde, et en particulier celle de l'assurance maladie, qui devrait être revue pour limiter au maximum l'accumulation de nouveaux déficits. Toutes chose égales par ailleurs, au vu des projections de soldes pour le régime général et le FSV, et selon le niveau des recettes finalement attendues pour 2016 et son effet sur les années ultérieures, ce sont entre 10 et 16 Md€ de déficits supplémentaires qui s'accumuleraient à l'ACOSS entre 2017 et 2019 (compte non tenu des excédents prévisionnels de la branche AT-MP), dont de l'ordre de 8 Md€ au titre de la branche vieillesse et du FSV pour lesquels les réserves encore disponibles du fonds de réserve des retraites devraient être mobilisées.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En 2015, la réduction des déficits de l'ensemble des branches du régime général et des autres régimes obligatoires de base a été plus nette qu'anticipé, mais est restée d'une ampleur comparable à celle constatée en 2014. Elle s'est accompagnée de la dégradation, pour la troisième année consécutive, de la situation financière du FSV. Le déficit de la branche maladie ne s'est que faiblement réduit, demeurant supérieur à son niveau d'avant crise et représentant l'essentiel du déficit du régime général et une part désormais majoritaire du besoin de financement agrégé du régime général et du FSV.

En 2016, compte non tenu d'un « produit exceptionnel » de CSG (0,7 Md€) que la Cour estime être intégré de manière très discutable dans les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin dernier, la réduction du déficit marquerait le pas selon les hypothèses retenues par cette dernière. Si la croissance de la masse salariale se rapprochait au contraire du taux prévu initialement en LFSS pour 2016, ce qui est plausible, elle se poursuivrait à un rythme analogue à 2015.

Compte tenu des aléas entourant la réalisation des hypothèses économiques associées au programme de stabilité d'avril 2016 et en l'absence de mesures nouvelles de redressement, un retour à l'équilibre avant 2020 du régime général et du FSV n'est toutefois pas garanti.

La capacité des pouvoirs publics à assurer ce retour à l'équilibre à une échéance rapprochée sera déterminante sur l'évolution de la dette sociale. La trajectoire de solde actuelle conduirait certes à poursuivre son reflux entamé en 2015, mais à un rythme tel qu'il pourrait laisser porter par l'ACOSS entre 20 et 30 Md€ de dette fin 2019, financés exclusivement à court terme, exposés à des risques de remontée des taux d'intérêt et sans garantie d'amortissement à un horizon correspondant à

celui de la dette déjà transférée à la CADES (soit 2024). Un effort supplémentaire d'économies portant sur l'assurance maladie permettrait de réduire l'accumulation de déficits et d'assurer un retour à l'équilibre d'ici à 2019 au plus tard de l'ensemble constitué du régime général et du FSV et, spécifiquement, de la branche maladie du régime général. Dans ce même objectif, il importe que les possibles surcroîts de recettes par rapport à la prévision de juin 2016 soient intégralement affectés à la réduction des déficits.

En outre, il conviendrait d'organiser dès 2017 un transfert à la CADES de la dette accumulée fin 2016 (entre 14 et 16 Md€ selon les résultats d'exécution de 2016), accompagnée de l'affectation des ressources nécessaires à son amortissement d'ici à 2024, en mobilisant prioritairement à cet effet les réserves disponibles du fonds de réserve des retraites.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

1. *fixer un objectif de retour à l'équilibre d'ici à 2019 au plus tard de l'ensemble constitué du régime général et du FSV et, spécifiquement, de la branche maladie du régime général ;*
2. *renforcer à cet effet les mesures structurelles d'économies sur la branche maladie, telles que celles recommandées dans les différents chapitres du présent rapport, afin de réduire durablement le rythme de progression des dépenses (recommandation réitérée);*
3. *consolider le financement du FSV par l'affectation de ressources stables et en rapport avec le niveau de ses charges de façon à assurer son équilibre financier durable ;*
4. *organiser sans délai la reprise par la CADES des dettes encore portées par l'ACOSS fin 2016, ainsi que de celles accumulées par le régime des exploitants agricoles et celui des mines, en prévoyant les ressources nécessaires à leur amortissement et en mobilisant par priorité à cet effet les réserves disponibles du fonds de réserve des retraites.*

Chapitre II

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2015 une dynamique non maîtrisée des soins de ville, une vigilance nécessaire en 2016, des économies supplémentaires importantes à rechercher en 2017

PRÉSENTATION

Institué par la loi organique du 22 juillet 1996, l'objectif national de dépenses d'assurances maladie (ONDAM) est un outil de pilotage annuel des dépenses de santé qui couvre les trois-quarts d'entre elles. Sans constituer un plafond sur le plan juridique, il joue un rôle central dans leur maîtrise. À partir de 2010, l'objectif voté s'est progressivement ralenti, à l'exception de 2013 ; également depuis 2010, cette trajectoire a été systématiquement respectée en exécution, ce qui a ainsi renforcé le rôle de l'ONDAM dans la régulation de l'évolution des dépenses de santé financées par la sécurité sociale.

Dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015, l'ONDAM s'élevait à 182,3 Md€. Cette enveloppe correspondait à un taux de progression (+2,1 %) en recul par rapport aux années précédentes (+2,4 % en 2014, +2,7 % en 2013). Elle intégrait la première étape du plan ONDAM 2015-2017 visant à réaliser 10 Md€ d'économies.

Le montant de l'objectif de dépenses a été ajusté à la baisse au cours de l'année 2015. Transmis à la Commission européenne en avril, le programme de stabilité 2015-2018 l'a réduit de 425 M€ pour tenir compte d'un niveau de dépenses moindre que prévu en 2014. Par la suite, la partie rectificative de la LFSS pour 2016 a confirmé la baisse de l'objectif, à 181,9 Md€, et de son taux, à +2,0 %.

La Cour a analysé l'exécution de l'ONDAM par rapport à l'objectif initial et à l'objectif rectifié. Pour 2015, l'ONDAM exécuté s'établit, selon un constat provisoire, à 181,8 Md€, soit une augmentation de +2,04 % par rapport à 2014. S'il présente pour la sixième année consécutive une sous-exécution, cette dernière (84 M€) est toutefois désormais minime au regard des masses en jeu.

La construction de l'ONDAM pour 2015 a reposé sur des méthodes et a connu des ajustements en cours d'année qui connaissent des faiblesses identiques à celles des années précédentes (I). Son exécution a été particulièrement tendue, du fait d'une dynamique toujours non enrayée des soins de ville, marquée par une régulation d'une intensité comparable à 2014 sur les établissements de santé et facilitée par une réévaluation opportuniste à la baisse des dépenses couvertes par des provisions (II). Les perspectives de réalisation des objectifs du plan triennal à l'horizon de 2017 apparaissent particulièrement incertaines, en raison de la construction insuffisamment rigoureuse des objectifs d'économies, du coût des mesures salariales décidées par les pouvoirs publics et des incidences possibles des négociations conventionnelles en cours. Cette situation appelle dès à présent une accélération et un renforcement des économies (III).

I - La construction de l'ONDAM 2015 : des faiblesses de méthode persistantes

L'année 2015 a constitué la première année du plan ONDAM triennal 2015-2017. Annoncé par le gouvernement en 2014, ce dernier avait pour objectif de dégager des économies d'un montant de 10 Md€, montant réévalué par la Cour à 10,6 Md€, à l'horizon de 2017[45]. L'exercice 2015 devait permettre d'en réaliser environ un tiers (3,2 Md€).

La construction initiale de l'ONDAM 2015 (182,3 Md€, en progression de +2,1 %) a reposé sur des méthodes aux faiblesses persistantes. Si les ajustements mis en œuvre en cours d'année ont permis de prendre en compte la sous-exécution de l'ONDAM en 2014, ils se sont traduits par une inégale intensité dans la répartition des efforts supplémentaires d'économies.

A - Des objectifs d'économies mal documentés dans la construction initiale

Les modalités de construction de l'ONDAM reposent sur l'application d'un taux d'évolution cible à une assiette, constituée de la prévision d'exécution de l'ONDAM de l'année précédente et corrigée de l'impact des mesures qui ont une incidence sur le périmètre des dépenses prises en considération. Ce taux, global et décliné par sous-objectif, visé par la loi de financement est défini à partir d'un taux d'évolution tendancielle, dont sont déduits des montants d'économies à rechercher.

Le tableau ci-après détaille par sous-objectif les montants et taux cibles d'évolution de l'ONDAM 2015 dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

[45] Dans le cadre de la trajectoire pluriannuelle votée dans la loi de programmation des finances publiques pour 2014-2019 de décembre 2014, l'ONDAM devait progresser de +2,0 % en moyenne sur trois ans, ce qui devait se traduire par la réalisation de 10 Md€ d'économies à l'horizon de 2017. Cette trajectoire a été ajustée dans le cadre du programme de stabilité d'avril 2015 à +2,1 % en 2015, puis à +1,75 % en 2016 et 2017, soit un quantum supplémentaire d'économies de l'ordre de 600 M€. Voir Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015,* chapitre III : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une dynamique de croissance toujours soutenue en 2014, une trajectoire de ralentissement conditionnée par la réalisation d'économies structurelles, p. 95-141, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

Tableau n° 25 : taux cible d'évolution de l'ONDAM 2015 et 2014

En M€

	Montant voté (LFSS 2015)	Taux d'évolution cible	Évolution tendancielle	Économies	Taux d'évolution cible 2014 (LFSS 2014)	Taux d'évolution cible révisé 2014 (LFSS 2015)
Soins de ville	**82 952**	**+2,2 %**	**+4,7 %**	**2 295**	**+2,4 %**	**+3,0 %**
Produits de santé	**28 717**	**+1,0 %**	**+7,1 %**	**1 773**	**+1,2 %**	
Médicaments et remises conventionnelles	22 572	+0,2 %	+7,5 %	1667	+0,8 %	
Médicaments	*23 338*	-0,1 %	+6,9 %	1667	+1,3 %	
Remises conventionnelles	*-766*	-9,1 %	-9,1 %	0	+0,7 %	
Dispositifs médicaux	*6 146*	+3,9 %	+5,6 %	106	+2,7 %	
Dépenses hors produits de santé	*54 235*	**+2,8 %**	**+3,3 %**	**522**	**+2,8 %**	
Dépenses hors produits de santé, hors IJ, hors PEC	*41 247*	+2,8 %	+3,4 %	413	+2,8 %	
Indemnités journalières (IJ)	*10 258*	+2,8 %	+3,6 %	109	+2,7 %	
Prise en charge de cotisations (PEC)	*2 730*	+4,6 %	+2,1 %	0	+5,5 %	
Établissements de santé	**76 835**	**+2,0 %**	**+2,9 %**	**730**	**+2,3 %**	**+2,1 %**
Établissements de santé tarifés à l'activité[46]	**57 021**	**+2,2 %**	**+3,1 %**	**548**	**+2,6 %**	
Objectif de dépenses de médecine chirurgie et obstétrique (ODMCO)	**50 518,4**	**+2,1 %**			**+2,7 %**	
ODMCO public	40 059,1	+2,7 %			+2,7 %	
ODMCO privé	10 459,3	-0,0 %			+3,0 %	
Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC)	**6 298,4**	**+2,2 %**			**+2,4 %**	
MIGAC public	6 233,3					
MIGAC privé	65,1					
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	**19 814**	**+1,4 %**	**+2,3 %**	**182**	**+1,3 %**	
Objectifs de dépense de l'assurance maladie	**16 545,7**	**+0,4 %**			**+1,7 %**	
Dotations annuelles de financement	15 538,0	+0,4 %			+1,5 %	
Unités de soins de longue durée	1 007,7	+0,3 %			+1,5 %	
Dépenses de soins psychiatriques et de soins de suite et de réadaptation du secteur privé	**2 904,1**	+1,5 %			**+2,9 %**	
Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)	**280,6**	+171,5 %			**-28,9 %**	
Champ non régulé	**247,3**	-			-	
Établissements médico-sociaux	**17 882**	**+2,2 %**	**+3,1 %**	**160**	**+3,0 %**	**2,2 %**
Dépenses en établissements et services pour personnes âgées	**8 713**	**+2,2 %**	**+2,9 %**	**63**	**+2,9 %**	
Dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	**9 169**	**+2,2 %**	**+3,2 %**	**97**	**+3,2 %**	
Fonds d'intervention régional	**3 053,2**	**+2,1 %**			**+3,2 %**	**+4,2 %**
Autres prises en charge	**1 599, 9**	**+5,2 %**			**+5,6 %**	**+5,8 %**
Soins des Français à l'étranger	630,8	+6,2 %			+6,0 %	
Médico-social hors champ CNSA	528,4	+4,5 %			+2,5 %	
ex-FIQCS	54,7	-4,9 %			+37,0 %	
Dotations aux fonds	382,8	+5,2 %			+5,3 %	
Total ONDAM	**182 322**	**+2,1 %**	**+3,8 %**	**3 185**	**+2,4 %**	**+2,6 %**

Source : Cour des comptes d'après les données de la direction de la sécurité sociale.

[46] Les taux de progression et les montants d'économies cible internes à ces sous-objectifs ne sont pas connus dès le stade de la loi de financement, mais uniquement à l'issue de la campagne budgétaire et tarifaire des établissements (mars-avril).

1 - Une application sur un périmètre de dépenses incomplet de tendanciels toujours incertains

a) Un périmètre de dépenses encore incomplet

En 2015, le périmètre des dépenses intégrées à l'ONDAM a été légèrement élargi (+253 M€[47]). Cependant, malgré les observations de la Cour[48], il demeure incomplet. Ainsi, les dépenses d'indemnités journalières de maternité et paternité (3,0 Md€ pour le régime général en 2015) en demeurent exclues. De même, les pertes (dépréciations et admissions en non-valeur) sur les créances de prestations (indus, participations forfaitaires et franchises, soins exposés en France par des ressortissants étrangers) n'y sont pas intégrées.

Par ailleurs, les différents sous-objectifs ont connu à nouveau des transferts internes (232 M€ en 2015)[49], cependant moins importants qu'en 2014, année marquée par la création du sous-objectif relatif au fonds d'intervention régional.

b) Des progrès limités dans la construction des tendanciels

Comme la Cour l'a déjà souligné[50], la robustesse des estimations d'évolution tendancielle de la dépense d'assurance maladie est affaiblie par d'importantes faiblesses méthodologiques. En particulier, l'absence de méthode homogène de calcul des tendanciels des différents sous-objectifs affecte la comparabilité de leurs dynamiques de dépenses.

Pour 2015, le tendanciel de dépenses déterminé pour l'ONDAM atteignait, comme pour 2014, un niveau élevé de +3,8 %.

---

[47] Il comprend désormais les dépenses liées à la formation initiale (stages extra-hospitaliers) des médecins, prise en charge par l'assurance maladie et compensée par des transferts de recettes de l'État, et la poursuite de l'affiliation de travailleurs transfrontaliers au régime général.

[48] *Ibidem.*

[49] Pour l'essentiel, il s'agit d'intégrations de dépenses dans le sous-objectif des soins de ville au titre des financements de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu et des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins.

[50] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre III : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une efficacité réduite en 2013, une construction à revoir, p. 91-121, La Documentation française, septembre 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

Le taux d'évolution tendancielle retenu pour le sous-objectif « soins de ville » (+4,7 %) a encore augmenté par rapport à 2014 (+4,0 %) à méthode constante de construction[51]. La Cour en a souligné les biais[52], qui conduisent à surestimer les économies réalisées. En particulier, l'inclusion des dépenses évitées grâce à la maîtrise médicalisée conduit à présenter celles-ci comme des économies[53].

Le taux d'évolution tendancielle retenu pour les deuxième et troisième sous-objectifs, relatifs aux établissements de santé (« ONDAM hospitalier »), a en revanche été fixé en léger recul (+2,9 %) par rapport à 2014 (+3,1 %).

Conformément aux recommandations de la Cour[54], les modalités de présentation du tendanciel des sous-objectifs relatifs aux établissements de santé publics et privés (« ONDAM hospitalier ») ont été modifiées afin de permettre une meilleure comparaison avec les autres sous-objectifs et de prendre en compte de manière plus rigoureuse la demande de soins.

[51] La labellisation par l'Autorité de la statistique publique le 18 mars 2015 des données en dates de remboursement et de soins (ces dernières étant retenues pour réaliser des prévisions sur le champ de l'ONDAM) utilisées par la CNAMTS constitue cependant une démarche de fiabilisation appréciable.

[52] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre VII : l'objectif national de dépenses pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster, p. 201-228, La Documentation française, septembre 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

[53] La Cour (*op.cit.*) recommande de réserver cette appellation aux mesures discrétionnaires de maîtrise de la dépense prises par les pouvoirs publics.

[54] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre III : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2012, p. 85-99, La Documentation française, septembre 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

La nouvelle présentation de l'évolution, avant économies, de l'ONDAM des établissements de santé

Depuis 2015, l'évolution avant économies comprend tout d'abord l'évolution tendancielle des charges, qui tient davantage compte de l'impact de l'évolution de l'activité sur les différentes assiettes de charges des établissements[55]. S'y ajoute le coût des mesures nouvelles inéluctables, des mesures nouvelles à venir et de la programmation des crédits du FMESPP.

La construction opère désormais une distinction utile entre les effets de la progression de l'activité et celle des mesures nouvelles (par exemple la revalorisation du SMIC ou les mesures catégorielles). Certaines faiblesses subsistent cependant : il s'agit toujours d'une évolution des charges des établissements, et non de l'assurance maladie ; en outre, l'estimation de l'évolution des charges de personnel n'est pas encore fiabilisée (s'agissant en particulier du glissement vieillesse technicité - GVT[56]) ; enfin, les effets report des mesures discrétionnaires antérieures ne sont pas suffisamment distingués des impacts des mesures nouvelles.

[55] À partir des liasses fiscales des établissements de l'exercice 2012, la DGOS a opéré une nouvelle distinction entre les charges des établissements impactées par l'activité. Là où auparavant une augmentation de l'activité d'un point entraînait un point de charges supplémentaires sur 15 % de la masse salariale et 100 % des charges médicales et hôtelières (hors liste en sus), cette même augmentation entraîne dans la construction de l'« ONDAM hospitalier » en 2015 0,66 point de charges supplémentaires sur 87 % de la masse salariale et 1 point de charges supplémentaires sur 56 % des charges médicales et 19 % des charges hôtelières.

[56] *Ibidem.*

Tableau n° 26 : composantes de l'évolution de l'ONDAM 2015 des établissements de santé avant économies

En M€

Mesures	Évolution avant économies (2015)	Variation
Évolution tendancielle	+2 015,4	+2,7 %
dont impact de la hausse d'activité	*+1 359,8*	*+1,8 %*
dont inflation	*+105,5*	*+0,1 %*
dont liste en sus	*+330,0*	*+0,4 %*
Mesures nouvelles inéluctables	+429,1	+0,6 %
dont pacte de responsabilité et CICE[57]	*-203,1*	*-0,3 %*
dont traitement hépatite C	*+78,0*	*+0,1 %*
dont réforme des catégories C	*+245,2*	*+0,3 %*
Autres mesures nouvelles	+138,0	+0,2 %
Provisions	+139,2	+0,2 %
dont risque de dépassement liste en sus	*+88,0*	*+0,1 %*
Redéploiement pour financement de mesure nouvelle	-695,7	-0,9 %
dont gains de productivité	*-661,4*	*-0,9 %*
Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)	+177,2	+0,2 %
Total avant économies	**+2 203,0**	**+2,9 %**

Source : Cour des comptes d'après les données de la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Cette nouvelle méthode aurait dû conduire à estimer un tendanciel de dépenses sensiblement plus élevé (+3,8 %) que celui retenu. Le choix a cependant été fait d'intégrer en construction l'incidence de gains de productivité réputés spontanés calculés sur une base historique, à hauteur de 660 M€. Ce faisant, l'effort d'économies à documenter précisément a été réduit du même montant.

Plus généralement, l'absence persistante d'évaluation *a posteriori* de la robustesse des tendanciels au regard des dynamiques constatées et d'analyse de leurs évolutions entre les exercices successifs ne permet pas d'affiner leur élaboration.

[57] Afin de ne pas introduire de distorsion de concurrence entre les établissements privés à but lucratif qui en bénéficient et les autres établissements de santé, les effets du pacte de responsabilité (baisse de cotisations sociales) et du CICE sont neutralisés, avec un lissage sur plusieurs années, depuis le 1er janvier 2013.

Les évaluations des tendanciels, des effets report, des mesures nouvelles et des économies

Dans ses précédents travaux[58], la Cour avait recommandé d'améliorer la construction de l'ONDAM en procédant à des évaluations *a posteriori* des tendanciels, des effets prévisionnels du report de mesures anciennes et des mesures nouvelles, et des économies prévues et réalisées.

En 2016, la direction de la sécurité sociale ne suit cependant les économies prévues et réalisées que pour les soins de ville, selon un degré de finesse insuffisant (postes de dépenses, et non mesures d'économies). Elle n'évalue pas *a posteriori* les tendanciels, les effets reports et le coût des mesures nouvelles.

2 - Les taux d'évolution : des objectifs de progression plus faibles qu'en 2014

a) Un objectif global en ralentissement

2015 constituait la première année de mise en œuvre du plan triennal d'économies qui vise à freiner la progression de l'ONDAM, abaissée à +2,1 % en 2015, puis à +1,75 % en 2016 et 2017. Cette orientation renoue avec le mouvement de ralentissement engagé en 2010 - et provisoirement suspendu en 2013. Toutefois, l'objectif est resté constamment supérieur à l'évolution prévisionnelle du PIB, l'économie française continuant à connaître une croissance et une inflation faibles.

[58] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre III : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2012, p. 85-99, La Documentation française, septembre 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

Tableau n° 27 : évolution des montants et des taux prévisionnels de progression de l'ONDAM (2010-2015)

En Md€

	2010	2011	2012	2013	2014	2015 (LFSS 2015)
ONDAM voté	162,4	167,1	171,1	175,4	178,3	182,3
Évolution de l'ONDAM voté	+3,0 %	+2,9 %	+2,5 %	+2,7 %	+2,4 %	+2,1 %
Croissance du PIB en valeur (prévisionnel[59])	*+2,0 %*	*+3,7 %*	*+3,6 %*	*+2,6 %*	*+2,3 %*	*+1,9 %*
Indice des prix à la consommation (prévisionnel)	*+1,2 %*	*+1,5 %*	*+1,7 %*	*+1,8 %*	*+1,3 %*	*+1,1 %*
Déflateur du PIB (prévisionnel)	*+1,2 %*	*+1,6 %*	*+1,8 %*	*+1,8 %*	*+1,4 %*	*+0,9 %*

Source : Cour des comptes.

b) Des sous-objectifs votés en moindre progression, en particulier pour les soins de ville

Pour permettre le ralentissement de l'ONDAM en 2015, la prévision gouvernementale prévoyait simultanément une diminution du rythme de croissance des soins de ville, une intensification des efforts demandés en cours d'année 2014 aux établissements de santé, et dans une moindre mesure aux établissements médico-sociaux, ainsi qu'une convergence des autres sous-objectifs vers le rythme moyen de progression de l'ONDAM.

Le taux prévisionnel d'évolution des soins de ville a ainsi été fixé à +2,2 %, soit un niveau légèrement plus élevé que celui de l'ONDAM global (+2,1 %)[60]. Ce ralentissement par rapport aux cibles initiale (+2,4 %) et, surtout, corrigée (+3,0 %) pour 2014 s'expliquait pour une grande part par l'anticipation d'une forte inflexion des dépenses de médicaments (-0,1 % contre +0,8 % en LFSS pour 2014), sous l'effet notamment d'une baisse des coûts liés aux traitements de l'hépatite C.

[59] Rapports économiques, sociaux et financiers associés aux projets de loi de finances (2010-2015).

[60] Dans ses précédents travaux, la Cour recommandait une évolution différenciée des sous-objectifs. Si celle-ci s'est avérée forte en 2014, les taux de progression cible votés pour 2015 s'avèrent beaucoup plus homogènes.

Les taux de progression retenus pour les autres postes étaient en revanche supérieurs à ceux prévus dans la LFSS initiale pour 2014, en particulier pour les dispositifs médicaux (+3,9 % contre +2,7 %) et les indemnités journalières (+2,8 % contre +2,7 %). Les dépenses hors produits de santé, indemnités journalières et prise en charge de cotisations, c'est-à-dire essentiellement les honoraires des professionnels de santé, les dépenses de transports et de biologie devaient continuer à croître à un rythme soutenu (+2,8 % comme en LFSS pour 2014).

Les dépenses relatives aux établissements de santé (+2,0 %) devaient progresser pour leur part moins rapidement que l'ONDAM global et que le sous-objectif « soins de ville », en sensible ralentissement par rapport aux objectifs initiaux déterminés pour 2014 (+2,3 %), mais aussi aux objectifs corrigés (+2,1 %) qui tenaient compte des régulations effectuées en cours d'année. Le taux de progression des dépenses des établissements tarifés à l'activité notamment pour leurs activités de médecine, chirurgie, obstétrique était ramené à +2,2 % contre +2,6 % en LFSS initiale pour 2014. Les autres dépenses des établissements (+1,4 %), qui recouvrent essentiellement les dépenses régulées et les dépenses de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation du secteur privé, devaient progresser comme en 2014 (+1,3 %).

La construction du sous-objectif relatif aux établissements médico-sociaux prévoyait un ralentissement encore plus marqué (+2,2 %) par rapport aux objectifs initiaux de 2014 (+3,0 %). Leur progression prévisionnelle devait ainsi s'inscrire à un niveau identique au taux corrigé de 2014 après régulation (+2,2 %).

Le sous-objectif relatif au fonds d'intervention régional (FIR) connaissait également un fort ralentissement (+2,1 %), après une année 2014 de montée en charge rapide (+3,2 %), faisant converger sa progression avec celle de la moyenne de l'ONDAM. Les autres prises en charge, qui comprennent notamment les dépenses de soins des Français à l'étranger et diverses dotations de l'assurance maladie, devaient augmenter à un rythme toujours élevé (+5,2 % contre +5,6 % en 2014).

3 - Des objectifs d'économies déclinés pluriannuellement, mais toujours insuffisamment documentés

Pour la première fois, les économies programmées en 2015 prenaient place dans une trajectoire pluriannuelle, conformément aux recommandations de la Cour[61]. À tendanciel inchangé, leur montant (3,2 Md€) s'inscrivait en forte progression par rapport à 2014 (2,4 Md€).

Tableau n° 28 : objectifs d'économies par axes du plan triennal ONDAM 2015-2017

En M€

Efficacité de la dépense hospitalière	**520**
Optimisation des dépenses des établissements	*55*
Optimisation des achats et fonctions logistiques	*350*
Liste en sus	*105*
Tarification des plasmas thérapeutiques	*10*
Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement	**370**
Développement de la chirurgie ambulatoire	*100*
Réduction des inadéquations hospitalières	*110*
Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'OGD	*160*
Produits de santé et promotion des génériques	**1 065**
Baisse de prix des médicaments	*550*
Promotion et développement des génériques	*435*
Biosimilaires	*30*
Tarifs des dispositifs médicaux	*50*
Pertinence et bon usage des soins	**1 155**
Baisse des tarifs des professionnels libéraux	*150*
Actions de maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments	*400*
Lutte contre les iatrogénies médicamenteuses	*100*
Maîtrise médicalisée hors médicament	*375*
Mise en œuvre des réévaluations de la HAS	*130*
Lutte contre la fraude	**75**
Total	**3 185**

Source : Annexe 9 de la LFSS pour 2015.

L'annexe 9 de la LFSS pour 2015 en présentait la ventilation - 2,3 Md€ sur les soins de ville, 0,7 Md€ sur les établissements de santé et 0,2 Md€ sur l'ONDAM médico-social -, montants estimés par écart aux dépenses tendancielles (voir tableau n° 25 *supra*).

[61] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre III : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une efficacité réduite en 2013, une construction à revoir, p. 91-121, La Documentation française, septembre 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

Certaines économies reposaient sur la modification de paramètres réglementaires ou administrés se traduisant par des baisses de tarifs des professionnels, des médicaments ou de dispositifs médicaux. La réalisation d'autres économies était d'emblée plus incertaine ou moins immédiate, parce qu'elles impliquaient des changements de comportement et d'organisation le plus souvent complexes et lents, comme, en soins de ville, la maîtrise médicalisée, et, à l'hôpital, le développement de la chirurgie ambulatoire et la réduction des inadéquations hospitalières[62].

B - Une prise en compte de la sous-exécution constatée pour 2014 bienvenue, mais inégalement répartie

Lorsque l'enveloppe prévisionnelle de dépenses de l'année N-1 n'est pas entièrement consommée, le respect de celle de l'année N s'en voit facilité par un « effet de base » positif. La marge apportée par la sous-exécution de l'ONDAM 2014 (soit 425 M€) n'a cependant pas été conservée. Comme la Cour l'a systématiquement recommandé, elle a donné lieu en cours d'année 2015 à une révision à la baisse de l'ONDAM 2015 à même hauteur. Les modalités d'ajustement ont été différentes de celles de l'exercice précédent[63].

[62] Lits d'hospitalisation complète occupés de manière non pertinente et non justifiée.

[63] En 2014, le gouvernement avait procédé à une correction massive de la base de l'ONDAM 2014, à hauteur de 1,4 Md€, en deux étapes, par la LFSS initiale et par une loi de financement rectificative. Cette modalité avait conduit le Parlement à adopter un nouvel ONDAM dont le taux de progression demeurait identique à l'objectif initial (+2,4 %), mais appliqué à une base réduite.

Une sous-exécution au titre de l'ONDAM 2014

Le montant de l'ONDAM 2014 adopté dans la partie rectificative de la LFSS 2015 s'élevait à 178,3 Md€. En septembre 2015, la Cour présentait une exécution provisoire légèrement moins élevée de 177,9 Md€[64].

Cette sous-exécution de 0,4 Md€, résultant principalement d'une régulation des dotations aux établissements hospitaliers, a été confirmée à la suite du dénouement des provisions[65]. Le taux de progression définitif des dépenses 2014 comprises dans le champ de l'ONDAM a été finalement conforme à l'objectif initial, compte tenu d'une hausse de +2,4 % par rapport à 2013.

Tableau n° 29 : écarts d'exécution prévisionnels et définitifs de l'ONDAM 2014 par sous-objectif

	LFSS 2015 (partie rectificative)	CCSS juin 2015	Écart (juin 2015)	Exécution (juin 2016)	Écart (juin 2016)
Soins de ville	80 932	80 829	-103	80 861	-72
Établissements de santé	75 146	74 771	-375	74 793	-353
Établissements de santé facturés à l'activité	*55 621*	*55 379*	*-242*	*55 389*	*-231*
Autres dépenses	*19 525*	*19 393*	*-132*	*19 404*	*-121*
ESMS	17 490	17 490	0	17 490	0
ESMS pour personnes âgées	*8 515*	*8 515*	*0*	*8 515*	*0*
ESMS pour personnes handicapées	*8 975*	*8 975*	*0*	*8 975*	*0*
FIR	3 045	3 048	3	3 047	2
Autres prises en charge	1 682	1 727	45	1 697	14
Total ONDAM	**178 296**	**177 865**	**-430**	**177 887**	**-408**

Source : Cour des comptes d'après les données de la direction de la sécurité sociale et de la LFSS.

[64] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre III : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une dynamique de croissance toujours soutenue en 2014, une trajectoire de ralentissement conditionnée par la réalisation d'économies structurelles, p. 95-141, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

[65] Les écarts entre dépenses provisionnées et dépenses constatées sont très faibles en valeur absolue, alors que des sur-provisionnements très significatifs (compris entre 300 et 500 M€) avaient été constatés au titre des exercices 2011 à 2013 (Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre III : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une efficacité réduite en 2013, une construction à revoir, p. 91-121, La Documentation française, septembre 2014, disponible sur www.ccomptes.fr). En 2014, la CNAMTS a apporté des correctifs à ses méthodes de provisionnement.

1 - La prise en compte de la sous-exécution de 2014

À l'occasion du programme de stabilité d'avril 2015, le montant de l'ONDAM a été révisé à la baisse à 181,9 Md€, soit une réduction de 0,4 Md€ par rapport au montant prévisionnel adopté dans le cadre de la loi de financement pour 2015. Le montant de cette réduction a été exactement ajusté à celui de la sous-exécution constatée pour 2014. Il devait conduire à abaisser le taux de progression de l'ONDAM de +2,1 % à +2,05 %.

Comme en 2014, le respect du nouveau montant prévisionnel de l'ONDAM 2015 a nécessité la mise en œuvre de mesures de régulation infra-annuelles consistant en des gels de dépenses déjà mises en réserve en début d'année[66] (175 M€) ou en des mises en réserve supplémentaires (« surgels » de 250 M€), ultérieurement rendus définitifs.

Contrairement à 2014, il n'est pas intervenu de loi de financement rectificative en cours d'année. De ce fait, le montant prévisionnel de l'ONDAM a été tardivement corrigé, de 182,3 Md€ à 181,9 Md€, dans la partie rectificative de la loi de financement pour 2016.

Cette rectification est intervenue sur une base de dépenses de l'ONDAM 2014 finalement réduite de 0,3 Md€ (à 178,3 Md€) par rapport à la prévision de la LFSS pour 2015[67]. Dans la révision de l'ONDAM 2015 par la LFSS 2016, est en effet demeuré un effet base positif, à caractère résiduel, de 0,1 Md€. Cet abaissement de 0,3 Md€ de la base, alors que l'objectif était diminué de plus de 0,4 Md€, a permis d'afficher un taux cible de progression ramené à +2,0 %, au lieu de +2,1 %.

[66] Les mises en réserve initiales représentaient 0,3 % de l'ONDAM voté.

[67] Les estimations de l'exécution de l'ONDAM 2014 (178,0 Md€, soit 178,3 Md€ après mesures de périmètre) retenues pour la construction de la LFSS 2016 en septembre 2015 étaient surestimées d'environ 150 M€ pour les soins de ville. Le choix de cette prévision devait faciliter le constat d'un taux de progression abaissé pour 2015 (+2,0 %). Ces prévisions se sont cependant avérées erronées par la suite, l'exécution étant finalement proche des premières prévisions de juin 2015.

2 - Une correction des sous-objectifs initiaux déconnectée des écarts d'exécution constatés en 2014

Afin d'imputer entre sous-objectifs les 425 M€ d'efforts supplémentaires nécessaires pour tenir compte de l'écart d'exécution constaté au titre de 2014, la LFSS pour 2016 a révisé les taux appliqués aux différents sous-objectifs de dépenses.

Comme le montre le tableau ci-après, cette modification s'est traduite par des contributions de chacun des sous-objectifs qui diffèrent, en montant, des écarts définitifs d'exécution des dépenses de 2014 par rapport à la LFSS pour 2015.

Tableau n° 30 : comparaison des taux d'évolution des sous-objectifs votés avec les taux de variation définitifs de l'exercice 2014

En Md€

	ONDAM 2015 (LFSS 2015)	Évolution	ONDAM 2015 (LFSS 2016)	Évolution affichée	Var. LFSS 2015/ 2016	Écart d'exécution 2014 (comp. LFSS 2015)
Soins de ville	82 952	+2,2 %	82 892	+2,1 %	-61	-72
Établissements de santé	76 795	+2,0 %	76 538	+2,0 %	-257	-353
Établissements tarifés à l'activité	*56 817*	*+2,2 %*	*56 762*	-	*-55*	*-231*
Autres dépenses des établissements de santé	*19 978*	*+1,4 %*	*19 776*	-	*-202*	*-121*
Établissements médico-sociaux	17 897	+2,2 %	17 814	+1,7 %	-83	0
ESMS personnes âgées	*8 715*	*+2,1 %*	*8 695*	*+1,9 %*	*-20*	*0*
ESMS personnes handicapées	*9 182*	*+2,2 %*	*9 119*	*+1,4 %*	*-63*	*0*
FIR	3 072	+2,1 %	3 026	+0,5 %	-46	2
Autres prises en charge	1 600	+5,2 %	1 624	+3,2 %	24	14
Total ONDAM	**182 315**	**+2,1 %**	**181 892**	**+2,0 %**	**-423**	**-408**

Source : Cour des comptes.

Ainsi, la LFSS pour 2016 a réduit le montant du sous-objectif relatif aux soins de ville pour 2015 (-61 M€) à hauteur de la sous-exécution constatée au titre de 2014 par rapport à la prévision de la LFSS pour 2015 (-72 M€), ainsi que le taux cible de progression (+2,1 % contre +2,2 %). Ce faisant, elle n'a cependant pas tenu compte de la forte révision de ce sous-objectif à la hausse au titre de 2014 par la LFSS pour 2015, ni de sa dérive au cours de l'année 2015. La sincérité de l'appréciation de l'évolution des dépenses de soins de ville en a été affectée.

En revanche, la loi de financement pour 2016 a réduit l'« ONDAM hospitalier » pour 2015 dans une mesure moindre que le montant de sa sous-exécution de 2014 (-257 M€ contre -353 M€), ce qui a permis de conserver en affichage un taux de progression identique au taux initial (+2,0 %).

Par ailleurs, les révisions opérées ont fortement pesé sur les quatre autres sous-objectifs. Une régulation supplémentaire a ainsi été décidée sur les dotations aux établissements médico-sociaux et sur le FIR (à hauteur respectivement de -83 M€ et de -46 M€) pour 2015, alors qu'ils n'avaient pas connu de sous-exécution au titre de 2014.

Ainsi, la rectification de l'ONDAM 2015 par la LFSS pour 2016 a fait peser les efforts sur l'« ONDAM hospitalier » (61 %), mais dans une plus faible mesure que sa part dans la sous-exécution de l'ONDAM 2014, et à plus forte proportion sur les établissements médico-sociaux (20 %), le FIR et les autres prises en charge (5 %).

Si les efforts supplémentaires avaient été répartis entre les différents sous-objectifs pour 2015 au prorata des écarts de dépenses constatés par rapport aux prévisions 2014 rectifiées dans la LFSS pour 2015, le sous-objectif relatif aux établissements médico-sociaux pour 2015 aurait alors progressé de +394 M€ (+2,3 %) au lieu de +311 M€ (+1,7 %), et l' « ONDAM hospitalier » de +1,4 Md€ (+1,9 %) au lieu de +1,5 Md€ (+2,0 %).

⁂

La construction de l'ONDAM 2015 s'est inscrite dans le prolongement des exercices précédents. Les incertitudes qui entourent la mesure des tendanciels de dépenses fragilisent la robustesse des économies prévues dans le cadre du plan ONDAM 2015-2017, comme au demeurant constaté plus largement par la Cour sur le champ des administrations publiques[68].

En 2015, l'ONDAM a été révisé en cours d'exécution pour tenir compte de la sous-exécution de l'année précédente. Cependant, l'ajustement des différents sous-objectifs n'a pas été corrélé aux écarts d'exécution de 2014, ce qui a eu pour effet de masquer un dépassement prévisible de l'enveloppe des soins de ville à compenser par un effort supplémentaire sur les dotations aux établissements de santé et médico-sociaux.

[68] Cour des comptes, *La situation et les perspectives des finances publiques*, chapitre IV : la mesure des « économies en dépenses » entre 2015 et 2017, p. 87 à 113, La Documentation française, juin 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

Les révisions en cours d'année des sous-objectifs, qui conduisent à apprécier ultérieurement l'exécution de l'ONDAM en fonction d'autres références que la prévision initiale, gagneraient ainsi à être soumises à l'avis du comité « d'alerte » institué par l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale[69].

II - L'exécution de l'ONDAM 2015 : un respect fragile de l'objectif, une dynamique de dépenses toujours vive

L'ONDAM 2015 a été exécuté à un montant très proche de l'objectif corrigé par la loi de financement pour 2016, au prix d'un important effort de régulation, complété par une présentation opportuniste des dépenses exécutées. La tension dans le respect de l'enveloppe traduit un manque de maîtrise des dépenses de soins de ville et un ralentissement encore insuffisant des dépenses des établissements de santé.

A - Un objectif respecté grâce à de fortes mesures de régulation et à une présentation opportuniste des dépenses exécutées

1 - Un montant global de dépenses conforme à l'objectif révisé, mais des écarts importants par sous-objectifs

À fin juin 2016, l'ONDAM 2015 constaté s'établit provisoirement à 181,8 Md€, soit un montant très légèrement inférieur (à hauteur de 84 M€) à l'objectif révisé par la partie rectificative 2015 de la LFSS pour 2016.

[69] Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie est composé du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée. Il a pour mission d'alerter le Parlement en cas « d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement ».

Les dépenses d'assurance maladie comprises dans le champ de l'ONDAM ont ainsi progressé de +3,7 Md€, soit +2,04 %[70] (contre +2,4 % en 2014). Le montant de sa sous-exécution est le plus faible de ces six dernières années. À ce stade, il revêt un caractère encore provisoire et est susceptible de changer de montant, voire de sens, à la suite du dénouement définitif des provisions enregistrées à la clôture des comptes 2015.

Tableau n° 31 : écart des dépenses constatées par rapport à l'objectif de dépenses de l'ONDAM (2010-2015)

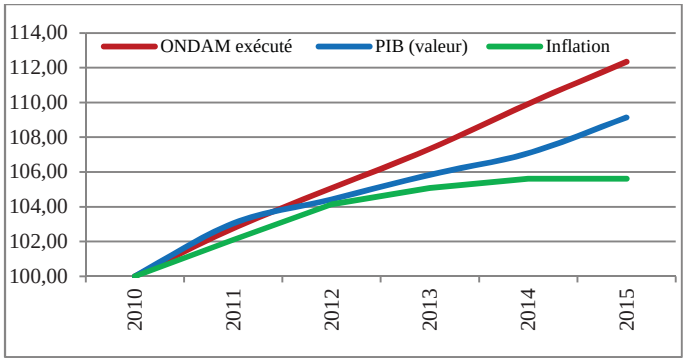
En Md€

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ONDAM voté	162,4	167,1	171,1	175,4	178,3	181,9
ONDAM exécuté	161,8	166,3	170,0	173,7	177,9	181,8
Écart par rapport à l'objectif	0,6	0,8	1,1	1,7	0,4	0,1

Source : Cour des comptes. Note de lecture : l'ONDAM voté 2015 correspond au montant rectifié dans la LFSS 2016 et l'ONDAM exécuté 2015 revêt un caractère provisoire.

Dans un contexte de faible progression du PIB en valeur, la part des dépenses d'assurance maladie dans le PIB s'est légèrement accrue, passant de 8,31 % en 2014 à 8,34 % en 2015 (contre 7,7 % en 2008).

Graphique n° 4 : évolution de l'ONDAM exécuté, du PIB et de l'inflation entre 2010 et 2015 (base 100 en 2010)



Source : Cour des comptes.

[70] Le rapport de la commission aux comptes de la sécurité sociale indique un taux de progression de l'ONDAM 2015 de +2,0 % par rapport à 2014. Les documents les plus récents transmis à la Cour font apparaître plus précisément une progression de +2,04 %. Cette estimation tient compte d'une réévaluation du montant des dépenses relatives aux transfrontaliers travaillant en Suisse intégrées au périmètre de l'ONDAM en 2014 et 2015. Sans cette révision que la Cour n'a pu auditer, les estimations antérieures faisaient apparaître un taux de progression de +2,06 %, qui aurait alors été arrondi à +2,1 %.

Contrairement à l'ensemble des autres sous-objectifs, celui des soins de ville a connu un dépassement par rapport à la prévision de la LFSS pour 2016 (à hauteur de 241 M€). Ce dépassement, qui pouvait être anticipé dès l'automne 2015, est d'autant plus élevé que le montant prévisionnel des dépenses de soins de ville a été réduit par la LFSS pour 2016 (voir *supra*). Il a été compensé par des sous-exécutions sur l'ensemble des autres sous-objectifs, notamment ceux relatifs aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux (à hauteur de 160 M€ et de 113 M€ respectivement).

Tableau n° 32 : comparaison de la réalisation en 2015 des sous-objectifs de l'ONDAM par rapport aux prévisions

En M€

	Objectif 2015 (LFSS 2015)	Objectif 2015 (LFSS 2016)	Réalisé provisoire 2015	Écart à la LFSS 2015	Écart à la LFSS 2016	(Comp.) Sur/sous-exécution 2014
Soins de ville	82 952	82 892	83 133	+181	+241	-72
Établissements de santé	76 795	76 538	76 378	-417	-160	-353
Établissements tarifés à l'activité	*56 817*	*56 762*	*56 752*	*-65*	*-10*	*-231*
Autres dépenses relatives aux établissements	*19 978*	*19 776*	*19 626*	*-352*	*-150*	*-121*
Établissements médico-sociaux	17 897	17 814	17 701	-195	-113	0
Personnes âgées	*8 715*	*8 695*	*8 651*	*-64*	*-44*	*0*
Personnes handicapées	*9 182*	*9 119*	*9 050*	*-131*	*-69*	*0*
FIR	3 072	3 026	3 018	-54	-8	+2
Autres prises en charge	1 600	1 624	1 579	-21	-44	+14
Total ONDAM	**182 315**	**181 892**	**181 808**	**-507**	**-84**	**-408**

Source : Cour des comptes.

2 - Des mesures de régulation d'ampleur comparable à 2014, mais davantage diversifiées

Le respect de l'ONDAM révisé a été assuré par la mise en œuvre de mesures infra-annuelles de régulation des dépenses. Ces mesures ont pris la forme de mises en réserve, puis de gels de dotations, ultérieurement confirmés. Elles ont visé l'ensemble des sous-objectifs de l'ONDAM, à l'exception - faute d'outil adéquat - des soins de ville, notamment les dotations aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux. Leur ampleur a été du même ordre qu'en 2014 (736 M€ contre 761 M€). Sur le seul périmètre des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, le montant des dotations définitivement supprimées (653 M€) dépasse cependant celui de 2014 (591 M€).

Tableau n° 33 : répartition de la régulation réalisée sur l'ONDAM en 2015 par secteurs

	Établissements de santé	Établissements médico-sociaux	FIR	Autres prises en charge	Total ONDAM
Mises en réserve initiales (a)	-402	-90	-30	-25	-547
Programme de stabilité : annulations de mises en réserve (b)	-154	+10	-19	-25	-297
Programme de stabilité : « surgels » (c)	-103	-95	-27	-25	-250
Programme de stabilité (b+c)	-257	-85	-46	-50	-425
Mises en réserve non déléguées et gels complémentaires (nov. et décembre 2015) (d)	-198	-113	+11	0	-313
Dont nouveaux « surgels » (e)	*-100*	*0*	*0*	*0*	*0*
Total mises en réserve (a+c+e)	-605	-185	-57	-50	-797
Total régulation (dotations non dégelées et non déléguées) (b+c+d)	-455	-198	-46	-50	-736

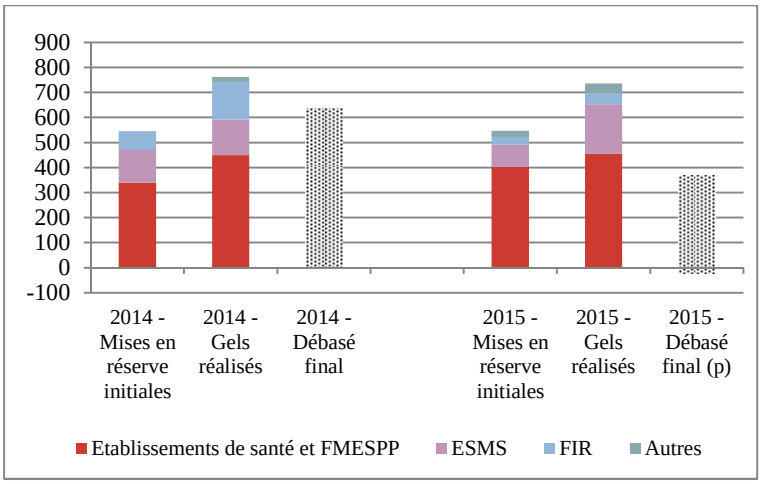
Source : Cour des comptes.

Cette régulation a été mise en œuvre en plusieurs temps, en mobilisant l'ensemble des instruments disponibles. Dès le début de 2015, 0,3 % des montants prévisionnels de l'ONDAM avaient en effet été mis en réserve, soit 547 M€. Par rapport à 2014, le périmètre des mises en réserve a été étendu aux dotations aux établissements médico-sociaux et aux autres prises en charge.

En septembre 2015, à la suite des arbitrages sur la LFSS pour 2016 qui a réparti les efforts requis par le programme de stabilité entre sous-objectifs de l'ONDAM, des mises en réserve supplémentaires (« surgels ») ont été décidées pour un montant de 250 M€, portant le montant total des mises en réserve à 797 M€, dont 425 M€ devaient être définitivement annulées.

Ensuite, en fin d'année 2015, en prévision du dépassement des dépenses de soins de ville par rapport à la prévision, 313 M€ des mises en réserve restantes n'ont pas été dégelées. Au total, sur un montant global de 797 M€ mis en réserve en cours d'année, ce sont 736 M€ (soit 92 %) qui n'ont pas été dégelés ou délégués. Par ailleurs, une grande partie (47 %) de ces annulations a été retirée de la base de construction des sous-objectifs de l'ONDAM 2016 dans le cadre de la LFSS pour 2016.

Graphique n° 5 : évolution des mises en réserve, des gels et des montants prélevés de la base de l'ONDAM (2014-2015)



Source : Cour des comptes.

a) Des efforts portant sur tous les types d'établissements de santé et l'ensemble de leurs modalités de financement

Sur le seul périmètre des établissements de santé, sur un montant total de plus de 600 M€ de gels et de « surgels » réalisés en début et en cours d'année, seuls 100 M€ de coefficient prudentiel et 50 M€ de dotations (MIGAC et DAF) ont été dégelés.

Contrairement aux années précédentes, le coefficient prudentiel (150 M€), c'est-à-dire la part de l'augmentation des tarifs mise en réserve en début d'année, n'a en effet pas été entièrement dégelé. Pour la première fois en 2015, la réduction définitive des tarifs (à hauteur de 0,35 %, soit un montant de 50 M€) a concerné l'ensemble des établissements, à travers la réduction des tarifs des établissements psychiatriques et de soins de suite et de réadaptation du secteur privé, à même proportion que les établissements des secteurs public et privé non lucratif.

Par ailleurs, 150 M€ supplémentaires de dotations mises en réserve n'ont pas été délégués, portant notamment sur celles relatives aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et les dotations annuelles de fonctionnement (DAF) des établissements non tarifés à l'activité, enveloppes ayant déjà fait l'objet de gels et « surgels » définitifs dans le cadre du programme de stabilité.

Tableau n° 34 : répartition des efforts ayant pesé sur les établissements de santé en 2015 par type d'enveloppes

	ODMCO ex-DG et ex-OQN (Coefficient prudentiel)	OQN (Psy et SSR) (Dotation prud.)	OQN (hors dotation prud.)	MIGAC/ ODAM (DAF)	FMESPP	Total
Total mises en réserve	-143	-9	-10	-393	-50	-605
Total régulation (dotations non dégelées et non déléguées)	-43	-7	-10	-345	-50	-455
Mises en réserve dégelées ou déléguées	+100	+2	0	+48	0	+150

Source : Cour des comptes.

b) Une réduction de l'ONDAM médico-social compensée partiellement par des prélèvements sur les réserves de la CNSA

De même, pour les dotations aux établissements médico-sociaux, en sus des 85 M€ de gels et « surgels », ultérieurement non délégués, au titre du programme de stabilité, 113 M€ supplémentaires n'ont pas été délégués en fin d'année, compte tenu du dépassement prévisible de l'enveloppe prévisionnelle de dépenses de soins de ville. Le montant des dotations non déléguées a ainsi été porté à 198 M€ (après mesures de fongibilité), soit la totalité du gel et des « surgels ».

Comme en 2014, cette réduction de l'« ONDAM médico-social » a eu pour contrepartie une baisse de l'objectif global de dépenses (OGD)[71]. Contrairement à 2014, cette baisse a été partiellement compensée par des prélèvements supplémentaires sur les réserves de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à hauteur de 48 M€, ce qui a porté à 158 M€[72] le montant total de ces prélèvements.

[71] L'objectif global de dépenses (OGD) recouvre l'ensemble des dépenses correspondant à des concours aux établissements médico-sociaux financées par l'ONDAM médico-social et par les apports de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sur ses ressources propres (contributions sociales).

[72] 110 M€ de prélèvements sur les réserves de la CNSA avaient été prévus dès la construction de l'OGD 2015.

Tableau n° 35 : réduction de l'ONDAM médico-social et impacts sur l'OGD en 2015

	ESMS Personnes âgées	ESMS Personnes handicapées	Total ONDAM 2015	Total OGD 2015
Objectif initial	8 715	9 182	17 897	19 184
Annulations après mise en réserve (P. de stabilité)	-20	-63	-85	-85
Mesure de régulation (fin d'année)	-44	-68	-113	-65
Objectif final	8 651	9 050	17 701	19 038
Écart à l'objectif initial	*-64*	*-131*	*-198*	*-146*

Source : Cour des comptes d'après les données de direction de la sécurité sociale, de la direction générale de la cohésion sociale et de la CNSA.

Les dotations non attribuées ont notamment porté sur la création de nouvelles places d'accueil (137 M€ de dotations au lieu de 237 M€ prévues). Les dotations ayant pour objet la médicalisation des places existantes n'ont en revanche pas été affectées.

3 - Un objectif qui n'a été respecté que grâce à une réévaluation opportuniste à la baisse des dépenses couvertes par des provisions

Pour la première fois[73], dès juin 2016, la direction de la sécurité sociale a révisé - à la baisse, à hauteur de 100 M€ -, l'estimation des dépenses couvertes par les provisions comptabilisées par les régimes d'assurance maladie à peine quelques mois plus tôt à la clôture de leurs comptes 2015 (en mars 2016). Elle s'est fondée à cet effet sur les seules données de remboursements des quatre premiers mois de l'année 2016.

Cette opération inédite a elle-même fait suite à une réestimation à la baisse par le CEPS des produits à recevoir liés aux remises sur médicaments par rapport à ceux comptabilisés par l'assurance maladie. De fait, les produits comptables liés aux remises, qui viennent en réduction des dépenses constatées au titre de l'ONDAM, étaient apparus surévalués à hauteur de 70 M€[74].

[73] Avant 2016, le montant provisoire des dépenses au titre de l'ONDAM exécuté de l'année N, tel que constaté dans le cadre du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin de l'année N+1, correspondait à l'ensemble des charges comptabilisées par les régimes d'assurance maladie au titre de l'exercice N, y compris les provisions telles que constituées par eux. Le montant définitif des dépenses n'est constaté qu'en année N+2 à la suite du dénouement des provisions comptabilisées au titre de l'année N, c'est-à-dire de la constatation d'un écart éventuel entre le montant estimatif des dépenses provisionnées (au titre des actes et prestations réalisés et non encore facturés en fin d'année N) et le montant réel des dépenses que les provisions ont pour objet de couvrir.

[74] Dont 48 M€ au titre de 2015 et 22 M€ imputés à 2014.

Si les dépenses couvertes par des provisions n'avaient elles aussi pas été dans le même temps réajustées à la baisse, le montant total des dépenses de l'ONDAM aurait légèrement dépassé (à hauteur de 16 M€[75]) l'objectif révisé par la LFSS pour 2016, compte tenu du montant de la sous-exécution de l'ONDAM constatée au titre de 2015 (soit 84 M€).

Ce changement qui apparaît ainsi comme opportuniste dans la constatation provisoire des dépenses de l'ONDAM interroge fortement. Les évolutions de postes aux dynamiques erratiques ne permettent pas d'écarter des mouvements en sens inverse dans le cadre du constat définitif des dépenses effectives de 2015 (s'agissant par exemple des médicaments contre l'hépatite C ou du rendement de l'écart de rétrocession indemnisable des établissements[76]). Si de telles évolutions devaient être finalement constatées, elles pourraient se traduire *in fine*, le cas échéant, par une absence de respect de l'ONDAM.

Les problèmes de pilotage associés aux prévisions d'exécution de l'ONDAM

Après une année 2014 marquée par des facturations tardives de traitements contre l'hépatite C, plusieurs difficultés[77] ont de nouveau fragilisé le suivi statistique et les prévisions d'exécution de l'ONDAM. À la fin de l'année 2015, une accélération des dépenses de la Mutualité sociale agricole (MSA) et du régime social des indépendants (RSI) a ainsi suscité une révision à la hausse de la prévision de dépense, qui a conduit à majorer (à hauteur de 313 M€) le montant des annulations imputées en décembre 2015 sur les établissements de santé et médico-sociaux.

Ces difficultés invitent, comme y appelle la direction du budget, à améliorer la robustesse des méthodes de prévision en temps réel des dépenses par les caisses d'assurance maladie et l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). La CNAMTS s'est engagée en 2016 à travailler dans cette voie avec la MSA et le RSI, qui ont progressé en 2015 dans la mise en œuvre d'un suivi en dates de soins, et à mettre en place un suivi complémentaire sur la base des données de remboursement issues du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM).

[75] Soit l'écart entre la réévaluation à la baisse des provisions (100 M€) et le montant de la sous-exécution 2015 (84 M€).

[76] Introduit par l'article 66 de la LFSS pour 2015, ce mécanisme vise à intéresser les établissements à la rétrocession en ville de médicaments à des tarifs moins onéreux, lorsqu'ils les ont eux-mêmes obtenus à des tarifs inférieurs aux tarifs officiels.

[77] Impacts résiduels de la grève de télétransmission des médecins généralistes en janvier 2015, remontées tardives de facturation (traitements contre l'hépatite C, actes et consultations externes des professions libéraux), prévisions de dépenses des régimes ne participant au suivi statistique de l'ONDAM (5,5 Md€).

B - Des dépenses toujours très dynamiques pour les soins de ville et en faible ralentissement pour les établissements

Pour l'ensemble des sous-objectifs (à l'exception du FIR), les taux d'augmentation des dépenses se sont ralentis par rapport à ceux constatés en 2014. Les dépenses de soins de ville ont moins augmenté qu'en 2014 (+2,5 % contre +3 %), mais leur progression a dépassé celle prévue (à hauteur de 0,4 point). Compte tenu de la mise en œuvre de mesures de régulation des dépenses, les autres sous-objectifs ont connu pour leur part des taux de progression inférieurs aux objectifs ajustés par la LFSS pour 2016, à hauteur de 0,2 point (établissements de santé) à 0,5 point (autres prises en charge).

Tableau n° 36 : réalisation des sous-objectifs de l'ONDAM au regard des prévisions

En M€

	Réalisé provisoire 2015	Taux d'évolution provisoire	Écart à la LFSS 2015	Écart à la LFSS 2016	(Comp.) Taux d'évolution 2014
Soins de ville	83 133	+2,5 %	+0,3 %	+0,4 %	+3,0 %
Établissements de santé	76 378	+1,8 %	-0,2 %	-0,2 %	+2,0 %
Établissements tarifés à l'activité	56 752	+2,1 %			+2, 6 %
Autres dépenses relatives aux établissements	19 626	+1,1 %			+0,3 %
Établissements médico-sociaux	17 701	+1,1 %	-1,1 %	-0,6 %	+2,3 %
Personnes âgées	8 651	+1,5 %	-0,7 %	-0,5 %	+1,7 %
Personnes handicapées	9 050	+0,8 %	-1,4 %	-0,6 %	+2,7 %
FIR	3 018	+0,9 %	-1,3 %	+0,3 %	-1,8 %
Autres prises en charge	1 579	+2,7 %	-2,5 %	-0,5 %	+5,8 %
Total ONDAM	**181 808**	**+2,04 %**	**-0,06 %**	**+0,04 %**	**+2,41 %**

Source : Cour des comptes.

1 - Une progression continûment dynamique des soins de ville

La contribution des soins de ville à la croissance des dépenses de l'ONDAM a significativement dépassé sa part dans les dépenses totales (55 % contre 46 %).

Tableau n° 37 : augmentation des dépenses de soins de ville par poste (2014-2015)

En M€

	2014 (périmètre 2015)	2015	Variation	Variation	Participation à la hausse
Honoraires paramédicaux	10 996	11 457	+462	*+4,2 %*	*22,9 %*
Honoraires médicaux	17 416	17 835	+419	*+2,4 %*	*20,8 %*
Indemnités journalières	10 058	10 392	+334	*+3,3 %*	*16,6 %*
Remises conventionnelles	-1 146	-851	+295	+25,7 %	14,6 %
Dispositifs médicaux	5 934	6 215	+281	*+4,7 %*	*13,9 %*
Cotisations PAM	2 594	2 786	+192	*+7,4 %*	*9,5 %*
Transports des malades	4 122	4 264	+142	*+3,4 %*	*7,0 %*
Honoraires des dentistes	3 392	3 502	+110	*+3,2 %*	*5,4 %*
Autres dépenses	943	957	+14	*+1,5 %*	*0,7 %*
Biologie	3 404	3 412	+8	*+0,2 %*	*0,4 %*
Médicaments	23 404	23 164	-240	*-1,0 %*	*-11,9 %*
Total soins de ville	**81 118**	**83 133**	**+2 015**	**+2,5 %**	**100 %**

Source : Cour des comptes d'après les données de la direction de la sécurité sociale.

Cette croissance recouvre des dynamiques différenciées entre secteurs. La diminution des dépenses de médicaments (-1 %) contraste avec la vive progression d'autres postes tels que les honoraires de professionnels paramédicaux (+4,2 %)[78] et les honoraires des dentistes (+3,2 %)[79]. Les dépenses de médicaments et de biologie (qui font l'objet

[78] En particulier celle des dépenses de soins infirmiers (+4,9 %), qui est comparable à celle de 2014. Pour leur part, les dépenses d'honoraires des masseurs-kinésithérapeutes se sont ralenties (+3,0 %) suite au renforcement des actions de maîtrise médicalisée de la CNAMTS.

[79] Cette croissance, plus marquée à la fin de l'année, pourrait être liée à une sous-estimation de l'effet des revalorisations de tarifs à la suite du codage des actes dans la classification commune des actes médicaux.

d'accords de plafonnement spécifiques) sont pratiquement stables, mais continuent à s'inscrire à des niveaux très élevés. Enfin, les autres dépenses prises ensemble, hors remises conventionnelles (soit 57,4 Md€ au total en 2015), ont progressé au même rythme qu'en 2014 (+3,5 %).

a) Des dépenses hors médicaments en hausse continue

Les dépenses de soins de ville continuent d'être principalement tirées à la hausse par les honoraires des professionnels médicaux (+2,4 %) et paramédicaux (+4,2 %), qui contribuent à hauteur de 44 % à leur augmentation.

La croissance des honoraires de spécialistes en 2015

La dynamique des dépenses d'honoraires des médecins spécialistes est liée aux actes techniques (+5,1 % au régime général). La hausse est particulièrement marquée pour les actes de chirurgie (+7,3 %) et les actes techniques médicaux hors imagerie (+7,4 %). Les dépenses relatives aux forfaits techniques des scanners et des IRM ont également fortement augmenté (+5,8 %), mais expliquent une part réduite de la hausse observée.

L'analyse de l'évolution des dépenses fait apparaître le caractère prépondérant de l'augmentation du nombre d'actes et de prestations dans la hausse des dépenses relatives aux honoraires des professions paramédicales (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes), à certaines prestations en nature (transports) et aux indemnités journalières qui donnent lieu à prescription médicale. Elle met en évidence la portée encore insuffisante des efforts de régulation mis en œuvre dans ces différents domaines.

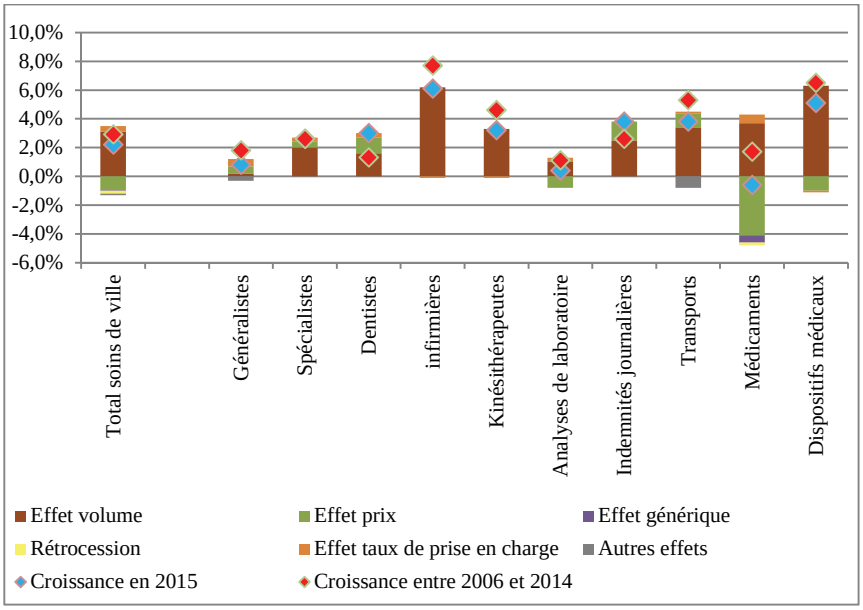
Les dépenses liées aux dispositifs médicaux connaissent une progression toujours vive (+4,7 %), quand était escompté un début de ralentissement (à +3,9 %).

Les indemnités journalières enregistrent pour la deuxième année consécutive une forte croissance (+3,3 %), supérieure à l'objectif initial (+2,8 %). Les causes de cette progression, liée pour plus de moitié aux indemnités supérieures à 3 mois, restent insuffisamment analysées, ainsi que la Cour l'a déjà souligné.

À l'inverse, après une année 2014 marquée par l'introduction des nouveaux traitements contre l'hépatite C, les dépenses de remboursement de médicaments amorcent une baisse en 2015 (-1 % avant déduction des produits liés à des remises). Les dépenses de biologie (+0,2 %) connaissent également une progression beaucoup plus modérée que l'ensemble des soins de ville.

En définitive et comme l'illustre le graphique ci-dessous, les dépenses qui connaissent les hausses les plus élevées en 2015 (infirmières et kinésithérapeutes, dispositifs médicaux, transports sanitaires) sont, comme en 2014, celles pour lesquelles l'effet volume (c'est-à-dire le nombre d'actes ou de produits) est prépondérant dans l'augmentation de la dépense et n'est pas atténué par une baisse des prix, comme c'est le cas pour la dépense de médicaments.

Graphique n° 6 : décomposition des effets prix, volume et autres sur les principaux postes de dépenses de soins de ville (2015)



Source : données CNAMTS, graphique Cour des comptes.

b) Les contributions des laboratoires pharmaceutiques : des contrôles à améliorer

Les remises sur produits pharmaceutiques sont comptabilisées comme des produits perçus par l'assurance maladie en atténuation de ses charges, qui réduisent le montant des dépenses suivies dans le cadre de l'ONDAM.

En 2015, le montant des remises sur produits pharmaceutiques calculé par le comité économique des produits de santé (CEPS) et imputé sur l'ONDAM 2015 a atteint 851 M€ (contre 1 146 M€ en 2014)[80]. Ces remises ont eu un rendement moins élevé qu'anticipé en raison de l'utilisation par les laboratoires d'un montant important de crédits de remises (305 M€ en 2015). Ces derniers, prévus par l'accord-cadre du 5 décembre 2012[81], consistent principalement en des compensations partielles des baisses de prix, qui peuvent être utilisées en déduction du paiement des différentes remises.

Les remises et avoirs sur remises : des contrôles perfectibles

La Cour a pour la première fois audité, sur pièces et sur place auprès du CEPS, le calcul des vingt principales remises appelées sur les cinq laboratoires redevables des montants les plus importants à ce titre, ainsi que des crédits accordés aux cinq laboratoires ayant procédé aux baisses de prix les plus importantes, au titre de l'exercice 2015.

Elle a mis en évidence la nécessité d'augmenter le nombre et de renforcer l'effectivité des contrôles réalisés par le CEPS sur les chiffres d'affaires déclarés par les laboratoires par l'intermédiaire d'un tiers de confiance, le GERS[82]. En effet, le contrôle de cohérence des déclarations utilisées dans le calcul des remises avec les données de remboursement de la CNAMTS en ville (ce contrôle étant impossible à l'hôpital) ne revêt pas un caractère systématique. Pour sa part, le contrôle de cohérence avec les données déclarées aux URSSAF dans le cadre du calcul de certains types

[80] Comme l'a souligné la Cour, le montant provisoire de l'ONDAM exécuté en 2014 avait été réduit de manière prématurée à hauteur de 130 M€ au titre de remises spécifiques relatives à des médicaments ne bénéficiant pas encore d'une autorisation de mise sur le marché (en autorisation temporaire d'utilisation) et non comptabilisées dans l'exercice 2014 des régimes d'assurance maladie. Le constat actualisé de l'ONDAM 2014 intègre dorénavant 95 M€ au titre de ces remises, ainsi que 50 M€ supplémentaires au titre de remises calculées en 2015 sur des ventes réalisées en 2014.

[81] Les articles L. 162-16-4 et suivants du code de la sécurité sociale définissent les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les laboratoires pharmaceutiques ainsi que les modalités de fixation des tarifs.

[82] À cet égard, la Cour a souligné le manque de moyens humains et un positionnement institutionnel insuffisamment affirmé du CEPS (Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale,* chapitre IX : la diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés, p. 257-290, La Documentation française, septembre 2014, disponible sur www.ccomptes.fr).

de remises ne peut intervenir que tardivement. L'absence de fiabilisation des données déclaratives des entreprises engendre dès lors un risque élevé d'écart du montant effectif des remises par rapport à celui qui doit résulter des accords avec les laboratoires pharmaceutiques.

L'année 2015 a également été marquée par la mise en œuvre de deux mécanismes de régulation de la dépense de médicaments. Pour la première fois, la « clause de sauvegarde » dite du « taux L » a été appliquée, pour un rendement prévisionnel de 52 M€.

Le mécanisme de la clause de sauvegarde

Afin d'impliquer plus fortement l'industrie pharmaceutique dans l'effort de limitation des dépenses de médicaments, la LFSS pour 1999 a prévu le versement par les entreprises pharmaceutiques d'une contribution dite de la « clause de sauvegarde ». Ce versement est activé lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'ensemble des entreprises assujetties augmente au-delà d'un taux, dit « taux K » jusqu'en 2014 et taux « L » à partir de 2015, par rapport à l'année précédente. Les remises conventionnelles sont exonératoires de cette contribution. Pour avoir cet effet, elles doivent néanmoins atteindre depuis 2015 80 % du montant de la contribution due au titre de la clause de sauvegarde.

Depuis 2008, le « taux K » n'avait plus été atteint, ce qui met en évidence un décalage entre les taux fixés et les objectifs du gouvernement en termes de stabilité de la dépense de médicaments. Le taux « L » a ainsi été fixé par la LFSS pour 2015 à -1 % (contre un taux « K » de +0,4 % en 2014), ce qui renforce ainsi les mécanismes de régulation en vigueur en en garantissant le rendement.

De la même manière, les remises spécifiques aux traitements de l'hépatite C, dits de l'enveloppe « W »[83], ont été déclenchées et devraient atteindre 13 M€.

La mise en œuvre de ces mécanismes illustre le caractère davantage contraignant que par le passé de l'encadrement des dépenses de médicaments.

[83] Introduite par les articles 3 et 14 de la LFSS 2015 (dans ses parties rectificative pour 2014 et relative à 2015), cette contribution se déclenche lorsque le chiffre d'affaires lié à ces traitements pour l'ensemble des entreprises concernées atteint 450 M€ en 2014 et 700 M€ en 2015. Son mode de calcul répond aux mêmes principes que la clause de sauvegarde.

c) Des dépenses hors prestations en vive croissance

Les prises en charge de cotisations d'assurance maladie des professionnels de santé par l'assurance maladie, qui sont présentées en charges dans les comptes de cette dernière (2,8 Md€ en 2015), ont fortement augmenté en 2015 (+7,4 %), sous l'effet d'une progression des revenus 2013 et 2014 plus rapide que prévu et de l'impact non anticipé de la réforme du mode de recouvrement des cotisations maladie des professionnels entrée en vigueur en 2015[84].

2 - Un « ONDAM hospitalier » peinant à ralentir

L'« ONDAM hospitalier », agrégat reconstitué par la Cour à partir des dépenses des différents sous-objectifs se rapportant à l'activité des établissements de santé publics et privés, s'élève provisoirement à 76,4 Md€, soit une augmentation de +1,8 % par rapport à 2014, légèrement inférieure à celle de cette même année (+2,0 %). La sous-exécution par rapport à l'objectif rectifié par la LFSS pour 2016, soit 160 M€, est liée au gel définitif de certaines dotations en fin d'année, tandis que les dépenses non régulées ont dépassé la prévision (à hauteur de 40 M€ au total).

Comme en 2014, les dépenses ont connu des évolutions contrastées entre secteurs public et privé à but non lucratif (+1,9 %) d'une part et privé à but commercial (+0,6 %) d'autre part. Toutefois, hors prise en compte de la neutralisation des effets du pacte de responsabilité et du CICE dont seuls bénéficient les établissements privés à but lucratif, la progression de leurs dépenses (+2,0 %) dépasserait celle des autres catégories d'établissements de santé.

[84] La LFSS pour 2014 a aligné les modalités de calcul et de recouvrement des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC). La période de recouvrement est désormais l'année civile et non plus de mai à avril n+1.

Tableau n° 38 : évolution de l'ONDAM hospitalier entre 2014 et 2015

En M€

	Exécuté 2014 (à périmètre constant)	Exécuté 2015	Variation (M€)	*Taux d'évolution*
Établissements de santé	**75 022**	**76 378**	**1 355**	***+1,8 %***
Établissements de santé tarifés à l'activité	55 600	56 752	1 152	*+2,1 %*
Objectif de dépenses de médecine chirurgie et obstétrique (ODMCO)	49 526	50 580	1 054	*+2,1 %*
ODMCO public	*39 102*	*40 153*	*1 051*	*+2,7 %*
ODMCO privé	*10 424*	*10 427*	*3*	*+0,0 %*
Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC)	6 074	6 171	99	*+1,6 %*
MIGAC public	*6 006*	*6 076*	*70*	*+1,2 %*
MIGAC privé	*68*	*96*	*28*	*+40,9 %*
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19 423	19 626	203	*+1,0 %*
Objectifs de dépense de l'assurance maladie	16 250	16 289	40	*+0,2 %*
Dotations annuelles de financement	15 252	15 294	42	*+0,3 %*
Unités de soins de longue durée	998	995	-3	*-0,3 %*
Soins psychiatriques, de suite et de réadaptation du secteur privé	2 852	2 910	57	*+2,0 %*
Champ non régulé	218	196	-21	*-9,8 %*
Total établissements publics et privés à but non-lucratif	61 459	62 605	1 146	*+1,9 %*
Total établissements privés à but commercial	13 460	13 542	82	*+0,6 %*
FMESPP	103	231	127	*+123,1 %*

Source : Cour des comptes.

Parmi les facteurs d'augmentation des dépenses hospitalières figurent un fort dynamisme des volumes d'actes et de consultations externes. Si, contrairement aux années 2013 et 2014, aucun dépassement n'est constaté en 2015 au titre de la « liste en sus »[85], ce poste progresse toujours très rapidement (+5,1 % pour les médicaments et +4,2 % pour les dispositifs médicaux).

3 - Une nouvelle aggravation du déficit hospitalier en 2015

Les impacts des mesures de régulation qui ont porté sur « l'ONDAM hospitalier », c'est-à-dire sur les ressources des établissements de santé, sont multiples et incertains à court terme. Lorsque les établissements ne parviennent pas, en regard du ralentissement de leurs ressources, à infléchir la croissance de leurs charges de personnel et d'achats[86], ces mesures décidées en cours d'année peuvent concourir à la dégradation de leur situation financière. L'incidence globale du respect de l'ONDAM hospitalier sur le respect de la trajectoire financière des administrations sociales, et plus largement de l'ensemble des administrations publiques, peut alors être amoindrie par une augmentation concomitante du besoin de financement consolidé de ces établissements. Ces interrelations ont jusqu'à présent été peu examinées et devraient faire l'objet d'analyses approfondies.

En tout état de cause, pour 2015, selon les données provisoires de la DGOS, le déficit agrégé des établissements publics de santé (comptes de résultats principaux) atteindrait -590 M€ (soit -0,5 % de leurs produits). Le solde des établissements publics de santé se serait ainsi dégradé, à hauteur de 208 M€, les déficits se concentrant cependant sur un nombre moins élevé d'établissements que par le passé[87]. Cette détérioration souligne la nécessité pour les établissements publics de santé de dégager des efforts de productivité suffisants pour compenser le ralentissement des concours de l'assurance maladie.

[85] Prévue à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, la « liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation », fixée par arrêté ministériel, constitue, dans le cadre de la tarification à l'activité, un mode de financement dérogatoire des médicaments innovants et particulièrement onéreux administrés au cours d'un séjour hospitalier. Les tarifs de responsabilité de ces spécialités sont fixés par le comité économique des produits de santé (CEPS).

[86] En 2015, les charges de personnel ont crû de +1,75 % contre +2,69 % en 2014, alors que l'augmentation des produits de l'assurance maladie continuait à se ralentir (+2,0 % en 2015 contre +2,2 % en 2014).

[87] En 2015, 50 % du déficit des établissements publics serait imputable à 26 établissements, contre 36 en 2014 (DGOS).

⁂

Le respect de l'ONDAM en 2015, avec une marge d'exécution, encore provisoire, la plus faible depuis 6 ans, a été obtenu au prix d'un effort de régulation d'ampleur comparable, mais plus large et diversifié que les années précédentes et du recours inédit à une révision à la baisse des dépenses prévisionnelles couvertes par des provisions, qui illustre la tension affectant l'exécution de l'objectif.

Comme en 2014, cette tension a été liée à une progression toujours vive des dépenses de soins de ville. Ce constat renforce la nécessité d'introduire des mécanismes de régulation propres aux dépenses de ce sous-objectif, actuellement inexistants à l'exception des dépenses de médicaments. Il s'agit en particulier de mieux réguler les dépenses les plus dynamiques que sont les honoraires des médecins spécialistes et des professions paramédicales et les dispositifs médicaux, lorsque celles-ci progressent en cours d'année au-delà des prévisions fixées par la loi de financement initiale. Ces dépenses n'étant actuellement encadrées que par les décisions tarifaires relevant du champ conventionnel, il conviendrait d'examiner la possibilité de conditionner certaines revalorisations et hausses de tarifs à la réalisation d'actions supplémentaires permettant d'assurer le respect des objectifs de dépenses votés. La Cour a ainsi recommandé, afin d'éviter de nouveaux dépassements de la dépense de soins de ville, d'affecter à une réserve prudentielle tout ou partie des effets des hausses tarifaires qui pourraient être décidées dans le cadre des négociations conventionnelles.

L'intensité de la régulation opérée en cours d'année souligne aussi l'urgence qui s'attache à une meilleure maîtrise de leurs charges par les établissements de santé et à la réorganisation de leur offre de soins pour gagner en efficience. À cet égard, la restructuration des capacités hospitalières constitue un chantier prioritaire, dont la mise en œuvre devrait être plus précisément suivie dans le cadre du plan ONDAM 2015-2017.

III - Le plan triennal d'économies : un début d'exécution imparfaitement documenté en 2015, des biais favorables en 2016, de fortes tensions à prévoir pour 2017

Le respect des objectifs du plan ONDAM 2015-2017 correspond à un effort cumulatif de 10,6 Md€ d'économies sur trois ans. Sa trajectoire appelle un renforcement des efforts engagés, sauf à compromettre sa réalisation.

A - En 2015, des objectifs d'économies respectés selon les pouvoirs publics, mais mal documentés

Le plan ONDAM comprend une cinquantaine de projets cibles regroupés en douze blocs opérationnels, auxquels sont associés des objectifs et des indicateurs déclinés dans le cadre de 26 plans régionaux.

Il est décliné au niveau national - où les décisions stratégiques et de cadrage sont prises par un comité de pilotage - et régional - où les décisions de validation des plans ONDAM régionaux et de déploiement sont mises en œuvre dans le cadre de cellules de coordination de la gestion du risque associant les ARS et l'assurance maladie.

La direction de la sécurité sociale n'assure pas, sauf exception, de suivi détaillé *ex post* des économies réalisées selon les différents axes du plan ONDAM. Elle considère ainsi que le premier volet d'économies au titre de 2015, pour un montant de 3,2 Md€, a été globalement atteint, dès lors que l'ONDAM exécuté a respecté les objectifs d'enveloppes de dépenses et de taux de progression, fixés en intégrant l'incidence du plan ONDAM.

À partir du suivi périodique des principaux indicateurs de performance[88] effectué par le comité national de pilotage du plan ONDAM et des informations communiquées par les administrations concernées, la Cour a cependant pu établir une première synthèse des économies indiquées par ces dernières comme réalisées au regard des objectifs fixés.

[88] Ces indicateurs, composites, associent des indicateurs financiers (maîtrise des achats) et de progression (masse salariale), des objectifs en nombre d'actes (par exemple, l'atteinte de 57 % d'actes de chirurgie réalisés en ambulatoire), etc.

Tableau n° 39 : synthèse des économies prévisionnelles et réalisées au titre du plan triennal présentées par les administrations (2015)

En M€

	Indicateurs	Économie cible 2015	Résultat 2015
Efficacité de la dépense hospitalière	Évolution de la masse salariale[89]	237 (+1,68 %)	251 (+1,65 %)
	Gains sur les achats	420	423
	Réévaluations de la HAS (liste en sus, LES)	120	125
	Baisses de prix sur la liste en sus	85	105
Virage ambulatoire	Taux de chirurgie ambulatoire[90]	100 (+2,5 pts)	76 (+1,9 pt)
Produits de santé et promotion des génériques	Baisses de prix sur les produits de santé en ville	885	848
	Baisses de prix sur les dispositifs médicaux	50	58
	Part de marché du répertoire[91]	50 (+2 pts)	48 (+1,9 pts)
Pertinence et bon usage des soins	Économies de maîtrise médicalisée médicamenteuse	385	349
	Autres économies de maîtrise médicalisée[92] (dispositifs médicaux, transports sanitaires, actes de biologie, prestations paramédicales)	315	249

Source : Cour des comptes à partir de données de la DSS et de la CNAMTS. Note de lecture : les montants portant sur la chirurgie ambulatoire et la masse salariale ne se superposent pas (éventualité de doubles comptes)

[89] Calcul sur la base d'une masse salariale de 44,0 Md€ et d'un taux d'évolution tendancielle de +2,2 % par an.

[90] Les estimations reposent sur un objectif de 57 % d'actes réalisés en ambulatoire en 2017 (contre un taux de 44,5 % en début de période) et les estimations du rapport de l'IGAS, *Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France*, 2014.

[91] Ces estimations reposent sur un objectif de part de marché du répertoire de 45 % en 2017 et l'hypothèse d'un gain de 25 M€ pour la progression d'un point de la prescription dans le répertoire des génériques (Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre III : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une efficacité réduite en 2013, une construction à revoir, p. 91-121, La Documentation française, septembre 2014, disponible sur www.ccomptes.fr).

[92] La Cour estime que le montant de ces économies de « maîtrise médicalisée », calculé par la CNAMTS par comparaison à une tendance historique de dépenses, ne constitue pas une économie pérenne à part entière.

En première approche et selon les pouvoirs publics, les principaux objectifs fixés aux établissements de santé auraient été atteints. Mais les économies programmées au titre de la chirurgie ambulatoire s'inscriraient en deçà des cibles du plan et les inégalités régionales demeurent importantes[93].

L'écart par rapport aux objectifs est en revanche plus manifeste concernant les économies sur les soins de ville, dont la dynamique est pourtant la plus forte au sein de l'ONDAM.

L'annexe au PLFSS relative à l'ONDAM devrait apporter une information beaucoup plus fine et documentée et retracer les résultats des indicateurs du plan triennal par année, par sous-objectif et par région, et le montant des économies qui s'y attachent par axe du plan. Un suivi de cette nature, assorti des éléments explicatifs indispensables, permettrait d'apprécier les évolutions structurelles de l'offre de soins et des comportements des prescripteurs et des assurés, et de réorienter ou d'accentuer au besoin les efforts entre les différentes actions programmées.

B - En 2016, des biais de construction qui affaiblissent la contrainte sur les soins de ville

La LFSS pour 2016 a fixé à +1,75 % la progression de l'ONDAM global. Compte tenu d'un tendanciel estimé à +3,6 %, le respect de ce taux appelle la réalisation de 3,4 Md€ d'économies, contre 3,2 Md€ en 2015. Comme pour cette dernière année, l'essentiel de l'effort porterait sur les soins de ville : l'augmentation de ce sous-objectif serait limitée à +1,7 % (contre une progression provisoirement constatée de +2,5 % en 2015). Au regard d'un tendanciel toujours élevé de +4,4 %, cela impliquerait la réalisation de 2,3 Md€ d'économies, soit un effort comparable à la prévision 2015 pour partie démentie. L'« ONDAM hospitalier » augmenterait quant à lui de +1,75 % (contre +1,8 % provisoirement constaté en 2015), grâce à une montée en charge des économies (1 Md€ contre 0,7 Md€ dans la prévision pour 2015).

[93] Quatre régions métropolitaines (Rhône-Alpes, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Midi-Pyrénées) accusent des hausses supérieures à +7 %, très au-delà de la cible nationale.

1 - Des biais de construction de nature à faciliter la réalisation en affichage du sous-objectif « soins de ville »

a) À méthode constante, un ONDAM 2016 en réalité à +1,9 % et non pas à +1,75 %

Les objectifs d'économies sur les soins de ville présentés en annexe de la loi de financement pour 2016 intègrent 270 M€ au titre de la réforme des prises en charge de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC).

La réforme des prises en charge de cotisations des PAMC

Jusqu'en 2015, les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux conventionnés étaient redevables d'une cotisation d'assurance maladie, maternité et décès, assise sur la totalité de leurs revenus, au taux de 9,80 % et d'une contribution de solidarité au taux de 0,01 %. L'assurance maladie prenait en charge les cotisations d'assurance maladie à hauteur de 9,70 % sur la seule assiette des revenus issus de l'activité conventionnée, hors dépassements.

La LFSS pour 2016 a réduit à la fois les taux de cotisation faciaux et les taux de cotisation[94] pris en charge par l'assurance maladie. Cette réforme répond à un triple objectif : mettre fin à un affichage comptable[95], justifié à l'origine par un objectif d'identification de l'effort de la collectivité en faveur des praticiens et auxiliaires médicaux, aligner les taux de cotisations sur ceux des autres professions libérales et maintenir constant le taux de prélèvement global des professionnels concernés.

Cette réforme, en diminuant d'un même montant les produits et les charges, est neutre sur les comptes de l'assurance maladie. En revanche, elle réduit le montant de l'ONDAM exécuté, ce dernier comprenant uniquement les charges relatives aux prises en charge de cotisations, à l'exclusion des produits liés aux cotisations elles-mêmes. Or, la réduction des charges de l'assurance maladie constitue une simple mesure de périmètre et ne devrait donc pas être intégrée aux économies.

[94] Le taux de cette contribution est fixé à 1,65 % en 2016 et à 3,25 % à compter de 2017, non prise en charge par l'assurance maladie. Sur la part de rémunération issue de l'activité conventionnée, le taux de cotisation sera fixé, par décret, à 8,15 % en 2016 et à 6,5 % en 2017, pris en charge par l'assurance maladie.

[95] La prise en charge des cotisations des professionnels de santé se traduisait par l'inscription de 1,6 Md€ de produits dans les comptes de la branche maladie en regard d'un montant équivalent de charges, sans que cela se traduise par un flux réel.

Sans la prise en compte de l'incidence de la réforme des modalités de prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, l'ONDAM pour 2016 progresserait en réalité à méthode constante non pas de +1,75 %, mais de +1,9 % par rapport à 2015.

b) Les avoirs sur remises : l'absence de prise en compte dans le champ de l'ONDAM de 300 M€ de dépenses potentielles

Avec l'entrée en vigueur d'un nouvel accord-cadre le 11 janvier 2016, les crédits sur remises des entreprises pharmaceutiques (voir II- B- 1- *supra*), désormais dénommés « avoirs sur remises », font l'objet de nouvelles modalités de calcul visant à limiter leur incidence défavorable sur la régulation des dépenses de médicaments. D'une part, les avoirs sur remises accordés en compensation des baisses de prix ne tiennent désormais plus compte que des baisses de prix intervenues dans les six derniers mois (au lieu de douze auparavant). D'autre part, les avoirs accordés à partir de 2016 ne peuvent plus être utilisés que pendant une durée de cinq ans (au lieu d'une durée jusque-là illimitée).

Par ailleurs, à compter de 2016, les avoirs sur remises seront pris en compte en dépense dans le champ de l'ONDAM en fonction de l'année de leur octroi par le CEPS, et non plus, comme auparavant, de l'année de leur utilisation par les laboratoires.

Or, au 31 décembre 2015, les entreprises pharmaceutiques disposaient de 300 M€ de crédits non encore utilisés, soit l'équivalent de 0,17 point d'ONDAM. Ces crédits ne seront pas pris en compte dans les dépenses constatées au titre des ONDAM des années futures.

2 - Des mesures salariales à l'impact encore limité en 2016

a) La revalorisation du point d'indice de la fonction publique

La revalorisation du point de la fonction publique de +0,6 % au 1er juillet 2016 a un impact direct sur les charges de personnel des établissements publics de santé comprises dans les dépenses des sous-objectifs hospitaliers de l'ONDAM. Appliquée à une masse salariale de 35,6 Md€[96], la revalorisation du point d'indice aurait en 2016 un impact de l'ordre de 106 M€.

[96] Soit 81 % de la masse salariale des établissements (personnels statutaires).

b) Le protocole « parcours professionnels, carrières et rémunérations »

Les mesures du protocole relatif aux parcours professionnels, carrières et rémunérations (« PPCR »[97]) visent une revalorisation des carrières et une meilleure prise en compte des droits à la retraite des agents hospitaliers à travers l'intégration de parts de primes dans leur traitement indiciaire soumis à cotisations d'assurance vieillesse.

Pour 2016, le coût de la mesure résulte de manière prépondérante du différentiel de charges employeurs sur la part des primes intégrées au traitement indiciaire pour les agents hospitaliers de catégorie B et les personnels paramédicaux de catégorie A. Il atteindrait environ 68 M€.

3 - Des aléas et risques sur la dépense nécessitant une vigilance forte sur l'exécution de l'ONDAM 2016

a) Un risque de dépassement du sous-objectif « soins de ville »

S'agissant du sous-objectif relatif aux soins de ville, contrairement aux autres sous-objectifs, les dépassements constatés en 2015 se reportent intégralement sur l'exécution de l'ONDAM 2016. En l'état actuel des constats relatifs à l'exécution 2016, cet « effet de base » défavorable pourrait entraîner un dépassement d'un montant estimé par la Cour entre 125 et 265 M€ (si l'on retient le report du moindre rendement des remises conventionnelles).

Devant ce risque, et à la suite d'une demande de la ministre de la santé au directeur général de la CNAMTS (10 mars 2016), l'assurance maladie a programmé des actions complémentaires[98] présentées comme réduisant de 300 M€ la dépense de soins de ville en 2016, afin de

[97] Présenté par la ministre de la fonction publique le 9 juillet 2015 et mis en œuvre par décrets des 11, 12 et 19 mai 2016.

[98] Les mesures envisagées par la CNAMTS se répartissent entre mesures tarifaires pour environ 40 %, mesures agissant sur les volumes de prescriptions pour environ 40 % et mesures de réduction des remboursements de produits de santé et de contrôles accrus sur les factures pour les 20 % restants.

sécuriser l'exécution de l'ONDAM. Cependant, l'atteinte de 100 %[99] des objectifs de maîtrise médicalisée en 2016 (700 M€), contre 85 % en 2015 (598 M€) ne saurait être présentée comme une économie supplémentaire, indépendamment même des interrogations que peut appeler un objectif qui n'a jamais été intégralement tenu par le passé et dont l'exécution est en tout état de cause malaisée à documenter avec précision. Quant aux baisses de tarifs de biologie et d'imagerie (130 M€), elles ont déjà été intégrées à la construction du sous-objectif.

Le risque de dépassement de l'enveloppe prévisionnelle des soins de ville pour 2016 impose dès lors une vigilance particulière[100]. Si l'intensification des mesures déjà programmées apparaît indispensable, des actions complémentaires, prenant la forme de baisses supplémentaires de tarifs ou de nouveaux leviers de maîtrise médicalisée, devraient également être engagées afin de prévenir un nouveau dépassement du sous-objectif le plus dynamique de l'ONDAM.

b) Des risques sur les établissements de santé

Les montants mis en réserve à la suite de la LFSS pour 2016 sur les établissements sanitaires et médico-sociaux (558 M€) devraient permettre, toutes choses égales par ailleurs, de couvrir les aléas relatifs à l'exécution des soins de ville. Cependant, leur utilisation conduirait pour la troisième année consécutive à gager des dépassements des dépenses de soins de ville par des régulations infra-annuelles mettant en cause l'équilibre des efforts entre les différents secteurs de la dépense tel qu'adopté par le Parlement dans le cadre des lois de financement de l'année.

Différents aléas sont susceptibles au demeurant d'affecter les dépenses relatives aux établissements de santé, notamment l'arrivée sur le marché des thérapies ciblées contre le cancer. Les premières données de chiffres d'affaires disponibles font apparaître, d'après la direction générale de l'offre de soins, un aléa d'exécution au titre de ces traitements

[99] Afin d'atteindre cet objectif, la CNAMTS propose de concentrer ses actions sur les dépenses qui « sur-performent » (iatrogénie des personnes âgées) et sur les indemnités journalières (mises sous objectifs et sous accord préalable ciblées).

[100] Selon la DG-Trésor, sur ce sous-objectif, certaines mesures d'économies prévues en 2016 (baisses attendues sur les tarifs de biologie, maîtrise médicalisée montée en charge des économies sur les médicaments biosimilaires) pourraient avoir un rendement inférieur aux prévisions à hauteur d'un montant net de 215 M€.

de l'ordre de 150 M€ en 2016. Si ce risque devait se réaliser, il conviendrait alors d'envisager l'adoption de dispositifs comparables à ceux instaurés au titre des médicaments contre l'hépatite C.

C - En 2017, des économies supplémentaires très importantes à mettre en œuvre

Afin de respecter les objectifs du plan triennal ONDAM 2015-2017, un effort d'économies, nettement plus important qu'en 2016, de l'ordre de 4,1 Md€ serait nécessaire en 2017 à tendanciel inchangé, soit 2,6 Md€ sur les soins de ville, 1,3 Md€ sur les établissements de santé et 0,2 Md€ sur le secteur médico-social.

Comme en 2016, la prise en compte en tant qu'économie de la suppression en tant que dépense des prises en charge de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (540 M€ en 2017) biaise la construction de l'ONDAM. Suivant l'estimation de la Cour, la croissance de l'ONDAM affichée à +1,75 % en 2017 correspondrait en réalité, à périmètre constant par rapport à 2015, à une augmentation de +2,0 %.

Malgré ce biais de construction, qui est de nature à faciliter le respect de l'objectif comme en 2016, des économies supplémentaires apparaissent devoir être anticipées afin de compenser les incidences certaines sur la dépense des mesures salariales décidées pour la fonction publique hospitalière et du résultat des négociations conventionnelles avec les professions libérales de santé.

1 - La montée en charge des mesures salariales à l'hôpital

La deuxième étape de revalorisation du point d'indice de +0,6 % prévue au 1er février 2017 aura, conjuguée à la hausse de +0,6 % de juillet 2016, un impact à la hausse sur les charges salariales des établissements publics de santé estimé par la Cour à +410 M€ sur l'année 2017.

C'est également à partir de 2017 que l'incidence des mesures de restructuration et de revalorisation des carrières sur la masse salariale des hôpitaux sera la plus importante, en raison de la montée en charge des mesures relatives à la catégorie A et de l'entrée en vigueur de celles portant sur la catégorie C.

Tableau n° 40 : principaux impacts du protocole PPCR

En M€

		2016	2017	2018-2020
Catégorie A *182 007 ETP*	Impact total y compris revalorisation des carrières	46,3	111,8	181,0
	dont : transfert « primes-points » : 7 points supplémentaires	*32,6*	*13,3*	
	dont : 2 points supplémentaires	*18,8*	*19,2*	
Catégorie B *149 665 ETP*	Impact total y compris revalorisation des carrières	21,9	14,2	12,3
	dont : transfert « primes-points » : 5 points supplémentaires	*28,3*	-	-
	dont : 1 point supplémentaire	*16,3*	-	-
Catégorie C *401 100 ETP*	Impact total y compris revalorisation des carrières		129,6	98,0
	dont : transfert « primes-points » : 3 points supplémentaires		*44,1*	-
	dont : 1 point supplémentaire		*42,3*	-
Total		68,2	255,6	291,3
Total cumulé		**68,2**	**323,8**	**615,1**

Source : Cour des comptes à partir des données de la DGOS et des décrets n[s] 2016-636, 2016-637 et 2016-647 du 19 mai 2016.

Ces mesures auraient un impact voisin de 325 M€ en année pleine 2017. Pour cette même année, les mesures de pouvoir d'achat et de revalorisation des carrières entrées en vigueur en 2016 et 2017 auront ainsi un effet cumulatif de 735 M€.

Ce coût pourrait encore être majoré, d'après la direction générale de l'offre de soins, par la transposition éventuelle de l'effet de ces mesures dans les négociations salariales des établissements du secteur privé. Suivant l'estimation de la Cour, un tel report sur le secteur privé porterait le surcoût des mesures salariales à environ 860 M€ en année pleine.

2 - L'incidence des négociations conventionnelles

Les mesures tarifaires et autres prévues par la nouvelle convention conclue le 25 août dernier par l'assurance maladie et une partie des organisations représentatives des médecins libéraux ont un coût prévisionnel pour l'assurance maladie de 980 M€ en année pleine, selon une montée en charge progressive (400 M€ en 2017, 460 M€ en 2018, 105 M€ en 2019 et 15 M€ en 2020).

Au-delà des seuls médecins, d'autres catégories de professionnels libéraux de santé sont (chirurgiens-dentistes) ou vont entrer prochainement en négociation avec l'assurance maladie (masseurs-kinésithérapeutes notamment), avec des demandes de revalorisation spécifiques dont le montant cumulé ne sera pas non plus sans conséquence sur la tenue de l'ONDAM, pour une part dès 2017.

L'augmentation des dépenses de soins de ville qui résulterait des mesures aujourd'hui avancées dans le cadre de la négociation de la convention médicale est à mettre en regard de l'évolution, très dynamique, des rémunérations versées à ces derniers hors honoraires à l'acte.

Les dépenses de l'assurance maladie au titre des rémunérations versées aux professionnels de santé hors honoraires à l'acte

Les rémunérations sur objectifs de santé publique versées aux médecins ont progressé de 287 M€ en 2012 à 404 M€ en 2015 (257 M€[101] à 348 M€[102] pour les seuls médecins généralistes, soit une progression annuelle moyenne de +10,7 %). Les rémunérations sur objectifs des pharmaciens sont dans le même temps passées de 73 à 146 M€.

À cela s'ajoute depuis 2013 la montée en charge des rémunérations de l'avenant 8 de la convention médicale, en particulier le forfait médecin traitant pour les patients atteints d'une affection de longue durée et la majoration personnes âgées, qui ont représenté 351 M€ en 2015 (en hausse de +14 %).

3 - Une augmentation nécessaire des économies pour réaliser l'objectif d'un ONDAM à 1,75 %

Les moindres dépenses liées à la réforme des prises en charge de cotisations d'assurance maladie affectent la présentation du montant des économies du plan triennal pour un montant cumulé de 810 M€ en 2017.

En outre, suivant l'estimation de la Cour, les effets des mesures salariales de la fonction publique hospitalière feront peser un risque financier de réelle ampleur, de l'ordre de 735 M€, sur la trajectoire de l'ONDAM 2017. Ces coûts, non intégrés au tendanciel de l'« ONDAM hospitalier », devront être couverts par des économies d'un montant équivalent. Par ailleurs, l'application de la nouvelle convention médicale a un coût prévisionnel de 400 M€ pour l'assurance maladie en 2017.

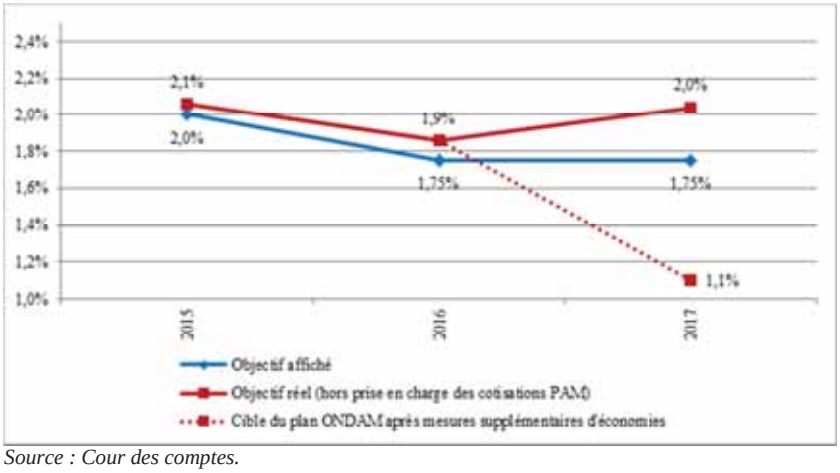
Afin de réaliser effectivement les objectifs d'économies du plan triennal tout en prenant en compte l'effet des mesures nouvelles, et sans prendre en considération les incidences des négociations conventionnelles

[101] CNAMTS.
[102] *Idem.*

avec les autres professions libérales de santé, ce sont 2 Md€ d'économies supplémentaires par rapport aux 4,1 Md€ déjà programmés qui devraient ainsi être dégagées en 2017.

Toutes choses égales par ailleurs, la réalisation effective de l'objectif de progression de l'ONDAM de +1,75 % en 2017 nécessiterait de limiter à +1,1 % la hausse des dépenses d'assurance maladie pour tenir compte du coût des mesures en faveur de la fonction publique hospitalière et des médecins libéraux et neutraliser le biais de présentation de la réforme des prises en charge de cotisations.

Graphique n° 7 : taux affiché, réel et cible de progression de l'ONDAM après économies supplémentaires (2015-2017)



Source : Cour des comptes.

***

L'ampleur de l'effort supplémentaire d'économies à effectuer souligne l'urgence qui s'attache à la mise en œuvre de réformes structurelles permettant une maîtrise accrue des dépenses d'assurance maladie, en particulier sur le champ qui connaît la progression la plus vive, celui des soins de ville. Dans cette optique, les pistes ouvertes par le présent rapport sur la sécurité sociale et ceux qui l'ont précédé peuvent utilement contribuer à la réflexion des pouvoirs publics.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'année 2015 n'a pas connu de progrès dans la construction de l'ONDAM. Les faiblesses méthodologiques qui continuent d'affecter l'estimation des tendanciels de dépenses faussent la mesure des économies programmées dans le cadre du plan ONDAM 2015-2017, soit 10,6 Md€. En outre, si l'effort d'économies a été, du fait de la diminution de la prévision de dépenses, à hauteur de la sous-exécution constatée en 2014, les sous-objectifs n'ont pas été ajustés de manière à peser davantage sur les dépenses les plus dynamiques.

Pour la sixième année consécutive, l'ONDAM a, au titre de 2015, été respecté en montant comme en pourcentage d'évolution. Cependant, ce respect a été pour partie assuré par une pratique inédite et opportuniste (révision à la baisse des dépenses prévisionnelles couvertes par des provisions pour pallier les effets de la réestimation à la baisse des remises venant en réduction des dépenses de médicaments), dont l'incidence pourrait être ultérieurement démentie au vu du constat définitif des dépenses effectivement réalisées en 2015.

Surtout, pour la troisième année consécutive, la maîtrise insuffisante des dépenses de soins de ville (+ 3,5 % hors médicament) concernant notamment les dispositifs médicaux, les prestations paramédicales, les indemnités journalières et les transports sanitaires a conduit à mettre en œuvre en cours d'année des mesures de régulation des dotations aux établissements de santé et médico-sociaux qui éloignent l'ONDAM exécuté de celui initialement soumis à l'approbation du Parlement. De surcroît, ces mesures de régulation ne constituent pas des leviers structurels à même d'obliger à davantage d'efficience les établissements.

Si les risques qui pèsent sur l'exécution du sous-objectif des soins de ville devraient à nouveau pouvoir être couverts en 2016 par une mobilisation des mises en réserve sur les autres sous-objectifs, l'ONDAM 2016 est marqué par des biais de construction qui visent à minimiser la progression réelle des dépenses et à majorer facialement le montant des économies affichées. À l'horizon de 2017, les perspectives de réalisation du plan triennal ONDAM 2015-2017 apparaissent particulièrement incertaines. Au-delà du montant plus important qu'en 2015 et 2016 des économies déjà nécessaires (4,1 Md€), une part importante de l'effort ayant été repoussé en fin de plan, il convient en effet de compenser non seulement ces biais de construction (810 M€ en cumul en 2017), mais aussi les mesures de revalorisation des rémunérations des agents hospitaliers (730 M€ en cumul en 2017) et les hausses tarifaires et autres

mesures de la nouvelle convention médicale (400 M€ sur un coût total en année pleine de 980 M€), sans préjudice des incidences, encore inconnues, des négociations engagées ou en voie de l'être avec les autres professionnels libéraux de santé.

En s'en tenant à la correction des biais de construction et à la compensation des mesures en faveur de la fonction publique hospitalière et des médecins conventionnés, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 devrait ainsi programmer pas moins de 2 Md€ d'économies supplémentaires afin d'assurer la réalisation effective des économies du plan ONDAM 2015-2017. Toutes choses égales par ailleurs, cela équivaudrait à ramener l'augmentation de l'ONDAM en 2017 à +1,1 %, au lieu de +1,75 %, ce qui souligne la très grande difficulté d'une tenue de l'objectif conformément à sa trajectoire affichée.

Ces constats appellent un renforcement de grande ampleur des actions portant sur l'organisation et la tarification des soins. Le présent rapport, comme les précédents, met en évidence que ces actions sont nécessaires et possibles dans de multiples champs afin tout à la fois d'assurer une meilleure qualité et une meilleure sécurité des prises en charge et de dégager des gains d'efficience et des économies importantes.

Ces évolutions structurelles indispensables doivent être accompagnées de modalités de pilotage renforcées et plus exigeantes. Dans un contexte où le déficit de l'assurance maladie ne recule que lentement et représente désormais une part majoritaire du déficit global de la sécurité sociale, il est essentiel que l'ONDAM soit plus rigoureusement construit, plus finement suivi dans les économies qui l'accompagnent et plus largement et fermement régulé afin d'éviter toute dérive de la dépense.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

5. *établir un cadre de référence des modalités de construction et de révision en cours d'année de l'ONDAM, dont le contenu serait opposable, de manière à assurer la permanence des méthodes entre exercices et une comparaison rigoureuse des dépenses réalisées avec celles prévues globalement et par sous-objectif de dépenses ;*
6. *soumettre à l'avis du comité d'alerte de l'ONDAM prévu à l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale les ajustements, en cours d'exercice, des sous-objectifs de l'ONDAM ;*
7. *abaisser le niveau du seuil d'alerte afin qu'il conserve son efficacité et son rôle de régulation de la dépense d'assurance maladie (recommandation réitérée) ;*

8. *intégrer à l'annexe relative à l'ONDAM du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 un suivi ex post des économies programmées dans le plan triennal 2015-2017, permettant d'objectiver les économies réalisées au regard de celles attendues et de mettre en œuvre, au besoin, des actions correctrices ;*

9. *instaurer des dispositifs plus complets de suivi et de régulation infra-annuels des dépenses de soins de ville, en examinant à ce titre l'éventualité d'affecter à une réserve prudentielle tout ou partie du supplément de dépenses induit par les augmentations tarifaires en cas de non-respect de l'objectif prévisionnel de dépenses (recommandation réitérée).*

Chapitre III

Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2015 : avis sur la cohérence

PRÉSENTATION

En application des dispositions de l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour exprime un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche et du tableau patrimonial relatifs à l'exercice 2015. Ces documents seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Les tableaux d'équilibre correspondent à des comptes de résultat combinés[103] couvrant respectivement l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, le régime général de sécurité sociale, ainsi que les organismes concourant au financement des régimes précités (cette catégorie comprenant un seul organisme, le fonds de solidarité vieillesse - FSV -). Le tableau patrimonial correspond quant à lui à un bilan combiné des régimes obligatoires de base de sécurité sociale[104] et des organismes concourant à leur financement (FSV), à l'amortissement de leur dette (caisse d'amortissement de la dette sociale - CADES -) et à la mise en réserve de recettes à leur profit (fonds de réserve des retraites - FRR -).

Les comptes des entités intégrés aux tableaux d'équilibre et au tableau patrimonial font l'objet d'une certification obligatoire par la Cour (branches et activité de recouvrement du régime général, État) ou, sauf exception, par des commissaires aux comptes (autres entités).

Les avis exprimés par la Cour portent comme les années antérieures sur les projets de tableaux d'équilibre, de tableau patrimonial et d'annexes relatives à ces derniers communiqués à l'été par la direction 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 de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2017 n'a pas encore été déposé. De ce fait, les documents qui seront soumis en définitive au Parlement sont susceptibles de différer des projets transmis à la Cour et sur lesquels elle porte les avis exprimés ci-après.

---

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

[104] À l'exception des régimes dépourvus d'un bilan et de régimes mineurs qui en sont pourvus.

I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2015

Le 1° du A du I de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que, dans sa partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos, la loi de financement de la sécurité sociale « approuve les tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes ».

Pour l'application de ces dispositions, sont soumis à l'approbation du Parlement, dans le cadre du projet de loi de financement annuel, trois tableaux d'équilibre distincts relatifs au dernier exercice clos : le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale mentionnés dans une liste triennale annexée au PLFSS pour 2015, présenté par branche, le tableau d'équilibre du régime général, également présenté par branche et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes précités. Cette dernière catégorie comprend uniquement le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

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

Comme pour les exercices précédents, la Cour souligne que, cette terminologie, bien que conforme aux dispositions de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, n'a pas le même sens que pour la comptabilité budgétaire de l'État. Les « recettes » et les « dépenses » ne correspondent pas à des recettes encaissées et à des dépenses décaissées, mais à des produits et à des charges d'une comptabilité générale établie en droits constatés[105], auxquels certains retraitements sont apportés (voir C – 3 - *infra*) ; de même, le « solde » correspond à un résultat de comptabilité générale et non à un solde de trésorerie.

[105] Depuis 1996, la comptabilité des organismes de sécurité sociale est tenue en droits constatés.

A - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2015

Les tableaux d'équilibre présentés ci-après figureront dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 soumis à l'approbation du Parlement.

Au moment de l'envoi pour réponse du présent projet de chapitre, la Cour n'a pas été rendue destinataire par la direction de la sécurité sociale du projet d'annexe au PLFSS 2017 qui contient des informations intéressant les tableaux d'équilibre[106]. Les appréciations ici portées sont donc exprimées sous réserve des informations supplémentaires ou de nature différente 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 2015, les projets de tableaux d'équilibre transmis à la Cour font apparaître un déficit global de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse de -10,2 Md€ (soit l'équivalent de 0,5 % du PIB), contre -12,8 Md€ en 2014 (soit 0,6 % du PIB).

Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale s'est réduit à -6,3 Md€, contre -9,3 Md€ en 2014.

En son sein, le déficit du régime général s'est contracté à -6,8 Md€, contre -9,7 Md€ en 2014. En revanche, le déficit du FSV a augmenté pour atteindre -3,9 Md€, contre -3,5 Md€ en 2014. Le sous-ensemble constitué du régime général et du FSV a ainsi dégagé un déficit de -10,8 Md€, contre -13,2 Md€ en 2014.

Tableau n° 41 : tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	191,3	197,1	-5,8
Vieillesse	223,8	223,6	+0,2
Famille	52,8	54,3	-1,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,3	0,8
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	468,4	474,7	-6,3

Source : direction de la sécurité sociale.

[106] Annexe 4 relative aux comptes détaillés des régimes et des organismes concourant à leur financement.

La liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2015 mentionne 39 régimes obligatoires de base de sécurité sociale, dont la liste est présentée en annexe. Deux d'entre eux sont intégrés au régime général (régime spécial d'assurance vieillesse des chemins de fer secondaires et régime d'assurance maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris, en voie d'extinction). En dehors du régime général, il s'agit de quinze régimes d'assurance vieillesse, de deux régimes d'assurance maladie, de sept régimes d'accidents du travail et maladies professionnelles, de trois régimes mixtes d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, de trois régimes mixtes d'assurance vieillesse et d'accidents du travail et maladies professionnelles et de huit régimes mixtes d'assurance maladie, d'assurance vieillesse et d'accidents du travail et maladies professionnelles.

Tableau n° 42 : tableau d'équilibre du régime général de sécurité sociale

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	167,4	173,2	-5,8
Vieillesse	120,1	120,5	-0,3
Famille	52,8	54,3	-1,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,6	11,9	+0,7
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	340,3	347,2	-6,8

Source : direction de la sécurité sociale.

Tableau n° 43 : tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,6	20,5	-3,9

Source : direction de la sécurité sociale.

B - Avis de la Cour

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

À ce titre, la Cour s'assure de l'établissement des tableaux d'équilibre en fonction des données comptables des entités entrant dans leur champ, de l'élimination de l'ensemble des produits et des charges réciproques de ces entités, de la pertinence des autres retraitements effectués au regard des principes comptables applicables et de la permanence de ces règles. De manière générale, elle apprécie la qualité de l'information procurée au Parlement dans le cadre et à l'appui des tableaux d'équilibre.

En outre, l'appréciation de la Cour tient compte des opinions exprimées sur les comptes des régimes de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse par leurs auditeurs externes (Cour pour les branches et l'activité de recouvrement du régime général, commissaires aux comptes dans le cadre d'une mission d'audit légal pour la plupart des autres régimes et le fonds de solidarité vieillesse, commissaires aux comptes agissant de fait en tant qu'auditeurs contractuels pour certains régimes[107]).

⁂

[107] Sur ce point particulier, voir C – 4. *infra*.

En application du 2° du VIII de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur les tableaux d'équilibre de l'exercice 2015, établis par la direction de la sécurité sociale, qui seront soumis à l'approbation du Parlement à l'article premier du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

À l'issue de ces vérifications et au regard des éléments d'information qui lui ont été communiqués par la direction de la sécurité sociale, la Cour estime que les tableaux d'équilibre qui seront soumis à l'approbation du Parlement à l'article premier du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 fournissent une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde qui en découle, en exprimant les deux observations suivantes :

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

2. si les états financiers de la totalité des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre sont certifiés, avec ou sans réserve(s), les positions exprimées par la Cour et les opinions émises par les commissaires aux comptes continuent à souligner leur qualité perfectible, en raison notamment de la persistance d'insuffisances des dispositifs de contrôle interne et de difficultés comptables (voir C – 4 – *infra*).

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

1 - Une présentation désormais complète du solde déficitaire des régimes de sécurité sociale

Selon les informations communiquées par la direction de la sécurité sociale, l'article 1er du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 intègrera une rubrique relative au fonds de solidarité vieillesse (FSV) au sein du tableau d'équilibre du régime général et de celui de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale.

Cette évolution, qui reconnaît le caractère indissociable du FSV par rapport au régime général et aux autres régimes dont il finance les branches vieillesse, permettra de représenter de manière exhaustive les recettes, les dépenses et les soldes des régimes en question, en ne minorant plus la présentation de ces derniers à hauteur du déficit du FSV (-3,9 Md€ en 2015).

2 - Une information enrichie dans le cadre du projet de loi de financement pour 2017

Conformément à une recommandation réitérée de la Cour, la présentation des tableaux d'équilibre est désormais, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, accompagnée dans l'annexe 4 d'une analyse des principales évolutions constatées au cours du dernier exercice clos par rapport à l'exercice précédent (en l'espèce 2014 par rapport à 2013). Néanmoins, l'information procurée par cette annexe est demeurée encore partielle.

Selon les informations communiquées par la direction de la sécurité sociale, l'annexe 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 apportera une information enrichie au Parlement en décomposant par nature et par risque les principaux postes de produits et de charges, en les retraçant sur plusieurs exercices et en analysant les écarts avec les prévisions approuvées dans le cadre de la loi de financement de l'exercice précédent. La Cour, qui a pu prendre connaissance d'éléments partiels du projet d'annexe, appréciera la portée de ces évolutions dans le cadre de son avis sur les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2016.

3 - Des modalités d'élaboration des tableaux d'équilibre améliorées, mais toujours non conformes au cadre normatif applicable aux comptes

a) Un mode opératoire d'élaboration des tableaux d'équilibre désormais formalisé

Les tableaux d'équilibre sont élaborés à partir des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) qu'établissent les régimes de sécurité sociale parallèlement à leurs états financiers. Ces documents, sont des comptes de résultat détaillés présentés sous la forme d'une balance comptable de produits et de charges.

Selon une pratique constante, le TCDC du régime des mines n'intègre pas les produits et les charges au titre des structures de soins qu'il gère, mais uniquement leur solde. De ce fait, les montants totaux de produits et de charges du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base sont minorés (à hauteur de 328 M€ et de 353 M€ respectivement pour 2015).

La direction de la sécurité sociale vérifie la conformité des TCDC aux comptes de résultat des branches du régime général, des autres régimes et du FSV, et leur apporte les corrections qui s'avèrent nécessaires afin d'assurer un classement homogène des produits et des charges au sein de mêmes rubriques en vue de leur combinaison dans le cadre des tableaux d'équilibre.

Les comptes des régimes sont ensuite agrégés, puis font l'objet de retraitements qui sont pour partie explicités dans l'annexe 4 au PLFSS. Ainsi, conformément à l'objet des tableaux d'équilibre, il est procédé à la neutralisation des écritures symétriques de produits et de charges liées à des transferts internes aux branches (20,7 Md€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale[108], dont 1,8 Md€ au sein du régime général), des transferts entre branches (13,6 Md€ pour l'ensemble des régimes[109], dont 12,7 Md€ au sein du régime général), ainsi que des transferts réciproques des branches maladie et accidents du travail – maladies professionnelles avec la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (soit 17,7 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 15,2 Md€ pour le régime général)[110].

Pour l'expression de son avis, la Cour s'est successivement assurée :

- de la conformité des TCDC validés par la direction de la sécurité sociale aux comptes de résultats des branches du régime général, des autres régimes les plus importants et du fonds de solidarité vieillesse ;

[108] À titre principal, neutralisation de la compensation démographique généralisée entre les régimes d'assurance vieillesse, des compensations bilatérales des branches maladie et AT-MP du régime général à certains régimes, de la prise en charge des déficits des branches maladie et vieillesse de certains régimes par celles du régime général, de l'adossement au régime général du financement du régime spécial d'assurance vieillesse des industries électriques et gazières et des prises en charge de cotisations par les régimes maladie en faveur des praticiens et auxiliaires médicaux.

[109] À titre principal, neutralisation des concours de la branche famille à la branche vieillesse de nature directe (cotisations d'assurance vieillesse des parents au foyer) et indirecte (compensation auprès du FSV de la prise en charge par ce dernier des majorations pour enfants en faveur des régimes d'assurance vieillesse), des prises en charge par la branche famille de cotisations et de CSG dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant et de la compensation de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles.

[110] Cette neutralisation a pour objet de faire apparaître la contribution effective de la CNSA au financement des dépenses de l'ONDAM médico-social.

- de la correcte agrégation des comptes de produits et de charges ;
- de la correcte neutralisation des transferts internes aux branches, entre branches et entre régimes.

Pour la première fois en 2016, la direction de la sécurité sociale a formalisé un mode opératoire d'élaboration des tableaux d'équilibre permettant une meilleure traçabilité des retraitements opérés sur les comptes des organismes.

La Cour s'attachera en 2017 à s'assurer de la permanence des retraitements opérés par rapport à l'exercice précédent.

Dans le cadre de ses vérifications, la Cour a pu s'assurer au travers de l'examen des fichiers utilisés par la direction de la sécurité sociale pour le retraitement des données figurant dans les TCDC et des contrôles mis en place pour assurer l'intégrité et l'exactitude des données retraitées, de l'absence de risque significatif d'erreurs matérielles au titre des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et du FSV.

b) Des tableaux d'équilibre non conformes au cadre normatif applicable aux comptes des organismes de sécurité sociale

Au-delà des opérations de neutralisation des produits et charges réciproques entre les entités comprises dans leur champ décrites *infra* au b), les tableaux d'équilibre sont présentés en regroupant en recettes les produits et charges qui concernent les prélèvements sociaux affectés aux régimes de sécurité sociale et en dépenses les charges et les produits qui concernent les prestations dont ils assurent le versement.

Cette présentation induit des contractions de produits et de charges, qui conduisent à intégrer aux tableaux d'équilibre :

- en réduction des produits : les pertes sur créances de cotisations, de CSG et d'impositions irrécouvrables (admissions en non-valeur, abandons de créances et remises de pénalités) ;
- selon le cas, en réduction ou en majoration des produits : l'augmentation ou la diminution des dépréciations de créances sur les cotisants et des provisions pour risques et charges relatives aux prélèvements sociaux ;
- selon le cas, en majoration ou en réduction des charges : l'augmentation ou la diminution des provisions pour rappels de prestations sociales et des dépréciations de créances sur les prestations.

Comme la Cour l'a régulièrement souligné, les contractions ainsi opérées s'écartent du cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes sociaux et du principe comptable général de non-compensation des produits et des charges. Elles minorent les montants des produits et des charges par rapport à ceux retracés dans les comptes annuels des régimes de sécurité sociale et du FSV (à hauteur de 15,5 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 12,7 Md€ pour le régime général et 0,1 Md€ pour le FSV). Seul le solde correspond bien à l'agrégation des soldes comptables des régimes, tandis que les recettes et les dépenses ne correspondent pas aux produits et aux charges arrêtés selon le référentiel comptable applicable aux organismes de sécurité sociale.

4 - L'évolution des positions de la Cour et des opinions des commissaires aux comptes sur la qualité des comptes

a) Les positions et opinions exprimées sur les comptes 2015

À l'exception de régimes de petite taille[111] auxquels s'attachent des enjeux financiers limités, les comptes pour l'exercice 2015 des différents régimes obligatoires de base de sécurité sociale mentionnés dans la liste triennale annexée au projet de loi de financement pour 2015 ainsi que ceux du FSV font l'objet, selon le cas, d'une certification par la Cour (régime général de sécurité sociale et État), d'une certification par un ou plusieurs commissaires aux comptes (14 régimes et FSV) ou, contrairement aux dispositions législatives qui prévoient une certification et donc un audit légal [112], seulement d'un audit contractuel effectué par les commissaires aux comptes de l'organisme auquel la gestion de ces régimes a été déléguée (régimes gérés par la Caisse des dépôts et consignations, notamment la CNRACL, ainsi que le régime de retraite de la Banque de France, soit 4 % des charges brutes de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale)[113].

[111] Les régimes d'assurance maladie et vieillesse de ports autonome et le régime des cultes d'Alsace-Moselle.
[112] Article L. 114-8 du code de la sécurité sociale.
[113] Voir le chapitre X du présent rapport : La certification des comptes des régimes de base de sécurité sociale : une première étape réussie, de nouveaux enjeux

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

Tableau n° 44 : la certification (ou l'audit contractuel) des états financiers 2015 des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV[114]

	Branches du régime général	Autres régimes	En % des charges brutes 2014
Certification sans réserve(s)	-	20 régimes + FSV	12,1
Absence de réserve (acte de certification des comptes de l'État)	-	Régime des pensions des agents de l'État	9,4
Certification avec réserve(s)	Les quatre branches (maladie, AT-MP, vieillesse et famille) et l'activité de recouvrement du régime général.	5 régimes : régime agricole, régime social des indépendants, établissement national des invalides de la Marine, régime des mines et caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales	78,4
Refus de certifier	-	-	-
Impossibilité de certifier	-	-	-
Régimes dont l'opinion des commissaires aux comptes est en attente / Régimes non significatifs / autres cas		8	0,1

Source : Cour des comptes.

[114] Par rapport aux 39 régimes mentionnés dans la liste annexée au projet de loi de financement pour 2015, figurent ici 35 régimes (regroupement en un seul régime - le régime agricole - des régimes des salariés et des non-salariés agricoles et également en un seul régime - le régime social des indépendants - du régime vieillesse des artisans et du régime vieillesse des commerçants ; intégration au régime général en 2013 du régime spécial d'assurance vieillesse des chemins de fer secondaires et du régime d'assurance maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris).

b) Les positions exprimées par la Cour sur les comptes des branches et de l'activité de recouvrement du régime général

Comme en 2014, la Cour a certifié avec des réserves les états financiers pour l'exercice 2015 de l'ensemble des entités du régime général de sécurité sociale. Si l'évolution de ses constats lui a permis de lever deux réserves pour la branche famille et une réserve pour la CNAF, elle a en revanche formulé une réserve supplémentaire pour les branches maladie et accidents du travail-maladies professionnelles et pour la CNAMTS.

S'agissant des branches maladie et AT-MP, l'approfondissement des travaux d'audit a conduit la Cour à formuler une nouvelle réserve sur les règlements aux établissements de santé anciennement sous dotation globale compte tenu des risques élevés et de la faiblesse des contrôles réalisés sur la facturation directe de certaines prestations. Par ailleurs, la mesure du risque financier résiduel des prestations en nature facturées directement à l'assurance maladie et des indemnités journalières a confirmé le montant élevé des erreurs de liquidation non corrigées par les dispositifs de contrôle interne.

Pour ce qui concerne la branche famille, des progrès sensibles ont été observés au titre de 2015 en matière de justification des comptes, d'estimations comptables et d'information procurée par les annexes aux comptes. En revanche, les nouveaux indicateurs de mesure du risque financier résiduel des prestations légales font apparaitre un niveau de risque très élevé, qui confirme les insuffisances marquées du dispositif de contrôle interne.

S'agissant de la branche vieillesse, l'exercice 2015 a été marqué par le déploiement d'une comptabilité auxiliaire des charges de prestations légales qui permet d'en améliorer la justification, même si des incertitudes liées au contexte technique subsistent. Pour sa part, le risque financier résiduel lié aux erreurs de liquidation des pensions de retraite reste significatif, sous l'effet notamment d'erreurs affectant les données de carrière prises en compte pour attribuer les pensions.

Quant à l'activité de recouvrement, un nouvel approfondissement de ses travaux d'audit a permis à la Cour de constater l'impact significatif sur les comptes des irrégularités relevées dans le calcul des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants en taxation d'office. Malgré des avancées dans la définition des référentiels nationaux de contrôle interne, des insuffisances persistent dans ce domaine ainsi qu'en matière de justification des comptes.

c) Les opinions exprimées par les commissaires aux comptes sur les comptes des autres régimes et du FSV

Pour la seconde année consécutive, les commissaires aux comptes ont certifié avec des réserves les états financiers du RSI, en cohérence avec la réserve exprimée par la Cour sur les états financiers de l'activité de recouvrement au titre des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants relevant du dispositif de l'interlocuteur social unique.

Les faiblesses du dispositif de contrôle interne ont une nouvelle fois donné lieu à l'expression d'une réserve sur les états financiers du régime des mines. Le rapport d'opinion du commissaire aux comptes souligne cependant la dynamique d'amélioration du dispositif de contrôle interne et de la qualité des processus comptables.

S'agissant du régime agricole et à l'instar des exercices précédents, une réserve pour limitation a été exprimée au titre des flux de prestations maladie et de prélèvements sociaux et d'impositions issus d'une notification par des tiers, notamment la branche maladie et l'activité de recouvrement du régime général ainsi que l'État, compte tenu des réserves exprimées par la Cour sur les états financiers de ces entités.

Malgré le renforcement du dispositif de contrôle interne relatif aux prestations en nature, le déploiement encore partiel des plans de contrôle a conduit à reconduire la réserve pour limitation sur les états financiers de l'établissement national des invalides de la marine (ENIM). Cette réserve prend par ailleurs en compte celle exprimée par la Cour sur les comptes 2014 de la branche maladie du régime général du fait de l'insuffisante documentation des clés de répartition des dotations et forfaits aux établissements de santé entre les différents régimes d'assurance maladie.

La réserve formulée sur les comptes de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) est motivée par la justification encore insuffisante des flux de cotisations et de compensations d'exonérations relatives aux autoentrepreneurs notifiés par l'ACOSS.

Comme les exercices précédents, les comptes des autres régimes et du FSV ont été certifiés sans réserve.

II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2015

En application du 3° du A du I de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, est soumis à l'approbation du Parlement, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale annuel, un rapport figurant à l'annexe A de ce même projet[115]. En vertu du II de l'article LO. 111-4 du même code, ce rapport présente notamment un tableau, établi au 31 décembre du dernier exercice clos, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement (fonds de solidarité vieillesse - FSV -), à l'amortissement de leur dette (caisse d'amortissement de la dette sociale - CADES -) ou à la mise en réserve de recettes à leur profit (fonds de réserve des retraites - FRR -).

Élaboré par la direction de la sécurité sociale, le tableau patrimonial a pour objet d'assurer l'information du Parlement sur la situation patrimoniale de la sécurité sociale et de ses principales composantes. À ce titre, il consolide l'ensemble des bilans des régimes et organismes compris dans son périmètre (en l'espèce, les actifs et les passifs des régimes obligatoires de base ainsi que ceux du FSV, de la CADES et du FRR), après neutralisation des opérations réciproques au titre des relations financières entre ces entités. Les règles retenues pour son élaboration et la consistance de ses rubriques sont détaillées à l'annexe 4 au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

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

Le périmètre du tableau patrimonial est moins étendu que celui de la loi de financement de la sécurité sociale. Outre le régime général de sécurité sociale[116], il comprend seulement quinze autres régimes. En effet, vingt-et-un régimes en sont écartés, soit en l'absence de bilan, soit, en accord avec la Cour, parce que le montant total de leur bilan est inférieur à 200 M€ et qu'ils ne sont par ailleurs pas autorisés à recourir à l'emprunt par la loi de financement de l'année[117]. De fait, le montant agrégé de leurs bilans est négligeable.

A - Le tableau patrimonial[118] au 31 décembre 2015

Le tableau patrimonial au 31 décembre 2015 présenté ci-après figurera à l'annexe A qui sera soumise à l'approbation du Parlement à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

[116] L'activité de recouvrement et les quatre branches du régime général (maladie, AT-MP, famille et vieillesse).

[117] Sont notamment concernés, au titre de l'absence de bilan qui lui serait propre, le régime des pensions civiles et militaires de l'État et, au regard de leur caractère faiblement significatif sur le plan financier, les fonds communs des accidents du travail (FCAT) et des accidents du travail agricole (FCATA), le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA), les régimes de retraite de l'Opéra de Paris et de la Comédie française, le fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE), le fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (FATIACL) et, nouvellement en 2015, l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM). L'écart entre le nombre total de régimes intégrés ou, à l'inverse, non pris en compte dans le périmètre du tableau patrimonial (37 au total) et celui des régimes mentionnés dans la liste annexée au projet de loi de financement pour 2015 (39) correspond à deux régimes intégrés juridiquement et comptablement à des branches du régime général (régime spécial d'assurance vieillesse des chemins de fer secondaires et régime d'assurance maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris).

[118] Le retrait de l'ENIM du périmètre du tableau patrimonial en 2015 n'affecte pas la comparabilité de ce dernier par rapport à 2014 (au 31 décembre 2015, le montant total du bilan de l'ENIM s'élève à 0,19 Md€ et celui de ses capitaux propres à 0,07 Md€).

Tableau n° 45 : tableau patrimonial au 31 décembre 2015

ACTIF (en Md€)	2015	2014	Var.
IMMOBILISATIONS	**6.9**	**7.0**	**0.0**
Immobilisations non financières	**4,4**	**4,3**	**0,0**
Régime général	3,6	3,6	0,0
Autres	0,8	0,8	0,0
Prêts, dépôts de garantie et autres	**1,6**	**1,7**	**0,0**
Régime général	1,2	1,2	0,0
Autres régimes	0,4	0,5	0,0
CADES	0,0	0,0	0,0
Autres	0,0	0,0	0,0
Avances, prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	**0,9**	**1,0**	**0,0**
Régime général	0,9	1,0	0,0
ACTIF FINANCIER	**60,8**	**58,5**	**2,2**
Valeurs mobilières et titres de placement	**50,1**	**50,4**	**-0,4**
Régime général	0,0	0,1	-0,1
Autres régimes	7,8	7,5	0,3
CADES	9,5	7,0	2,5
FRR	32,8	35,9	-3,1
Encours bancaire	**10,3**	**7,9**	**2,4**
Régime général	1,6	2,2	-0,6
Autres régimes	2,1	1,5	0,6
FSV	0,9	1,2	-0,3
CADES	2,3	1,7	0,6
FRR	3,4	1,3	2,1
Créances nettes au titre des instruments financiers	**0,4**	**0,2**	**0,2**
CADES et FRR	0,4	0,2	0,2
ACTIF CIRCULANT	**75,0**	**69,7**	**5,3**
Créances de prestations	**8,1**	**7,8**	**0,3**
Créances de cotisations, de contributions sociales et d'impôts	**10,7**	**11,1**	**-0,3**
Produits à recevoir de cotisations, de contributions sociales et d'impôts	**38,7**	**35,7**	**3,0**
Créances sur l'État et autres entités publiques	**8,3**	**9,4**	**-1,2**
Produits à recevoir de l'État	**0,5**	**0,5**	**0,0**
Autres actifs	**8,8**	**5,2**	**3,6**
TOTAL DE L'ACTIF	**142,7**	**135,2**	**7,5**

PASSIF (en Md€)	2015	2014	Var.
SITUATION NETTE (capitaux propres)	**-109,5**	**-110,7**	**1,3**
Dotations	**27,4**	**29,2**	**-1,8**
Régime général	0,6	0,6	0,0
Autres régimes	4,9	4,5	0,3
FSV	0,0	0,0	0,0
CADES	0,2	0,2	0,0
FRR	21,8	23,9	-2,1
Réserves	**14,3**	**12,1**	**2,1**
Régime général	2,7	2,6	0,0
Autres régimes	6,1	5,5	0,7
FRR	5,5	4,1	1,4
Report à nouveau	**-158,8**	**-156,9**	**-1,9**
Régime général	-14,2	-10,0	-4,2
Autres régimes	-4,2	-3,8	-0,4
FSV	-0,1	-0,1	0,0
CADES	-140,3	-143,1	2,7
Résultat de l'exercice	**4,7**	**1,4**	**3,3**
Régime général	-6,8	-9,6	2,8
Autres régimes	0,4	0,4	0,0
FSV	-3,9	-3,5	-0,4
CADES	13,5	12,7	0,8
FRR	1,5	1,4	0,1
Autres	**2,9**	**3,4**	**-0,4**
FRR	2,9	3,4	-0,4
PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	**15,8**	**15,0**	**0,8**
Régime général	13,4	12,4	1,0
Autres régimes	2,3	2,3	0,0
FSV	0,0	0,3	-0,2
CADES	0,1	0,0	0,1
PASSIF FINANCIER	**181,6**	**179,9**	**1,7**
Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	**165,2**	**162,5**	**2,8**
Régime général	27,4	24,2	3,2
CADES	137,8	138,2	-0,4
Dettes à l'égard d'établissements de crédit	**10,6**	**12,4**	**-1,7**
Régime général (y compris prêts CDC)	8,6	10,6	-2,0
Autres régimes général (y compris prêts CDC)	1,1	0,8	0,3
CADES	1,0	1,0	0,0
Dépôts	**1,1**	**1,9**	**-0,8**
Régime général	1,1	1,9	-0,8
Autres	**4,6**	**3,2**	**1,4**
Régime général	0,0	0,2	-0,2
Autres régimes	0,0	0,1	-0,1
CADES	4,6	2,9	1,7
PASSIF CIRCULANT	**54,7**	**51,0**	**3,7**
Dettes à l'égard des bénéficiaires (y compris CAP)	**27,4**	**27,1**	**0,3**
Dettes à l'égard des cotisants (y compris CAP)	**2,6**	**1,2**	**1,3**
Dettes à l'égard de l'État et autres entités publiques (y compris CAP	**10,5**	**9,6**	**0,9**
Autres passifs (dont soulte IEG)	**14,2**	**13,1**	**1,1**
TOTAL DU PASSIF	**142,7**	**135,2**	**7,5**

Source : direction de la sécurité sociale

Par analogie avec la présentation des comptes de l'État, le montant présenté en capitaux propres (-109,5 Md€ au 31 décembre 2015) pourrait être assimilé à la situation nette consolidée des entités du champ des lois de financement de la sécurité sociale. En 2015, les capitaux propres se sont améliorés de 1,3 Md€ :

- en 2015, le résultat net d'ensemble est positif à hauteur de 4,7 Md€, soit une augmentation de +3,3 Md€ comparable à celle intervenue en 2014. À titre principal, cette évolution traduit la poursuite de la réduction du déficit du régime général, passé de -9,7 Md€ en 2014 à -6,8 Md€ en 2015, soit une amélioration de +2,8 Md€. Ce résultat net d'ensemble incorpore non seulement les résultats déficitaires du FSV (-3,9 Md€) et ceux, positifs, des autres régimes (0,4 Md€), mais aussi les résultats excédentaires dégagés par la CADES et par le FRR à hauteur respectivement de 13,5 Md€ et de 1,5 Md€. Ces derniers n'ont toutefois pas pour objet de compenser les résultats déficitaires des régimes et du FSV relatifs au même exercice. Les résultats excédentaires de la CADES doivent contribuer à éteindre, d'ici à 2024 en l'état actuel des prévisions, la dette sociale engendrée par l'accumulation des déficits qui lui ont été transférés. Le résultat du FRR a quant à lui vocation à concourir à long terme au financement des régimes d'assurance vieillesse, après déduction des versements annuels qu'il doit effectuer jusqu'en 2024 à la CADES ;
- le report à nouveau, qui reflète les déficits des années passées, apporte une contribution négative à la variation des capitaux propres (à hauteur de -1,9 Md€). Le report à nouveau du régime général se dégrade de -4,2 Md€, principalement du fait de l'affectation des déficits 2014 des branches maladie (-6,5 Md€) et famille (-2,7 Md€), non compensée par les reprises de la CADES[119] qui se sont élevées à 6,2 Md€ en 2015[120]. Le solde du report à nouveau du régime général (-14,2 Md€) comprend la majeure partie du déficit 2013 de la branche maladie (-6,5 Md€) et celui de la branche famille (-3,2 Md€) dont la reprise par la CADES est intervenue au cours de l'exercice

[119] Dans la limite du double plafond de 62 Md€ de reprises de déficits de la branche vieillesse et du FSV au titre des exercices 2011 à 2018 en cumul et de 10 Md€ de reprises par an fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

[120] Un décret du 13 février 2015 a principalement transféré à la CADES le déficit 2012 de la branche famille (-2,5 Md€), le reliquat du déficit 2012 de la branche maladie non déjà transféré à la CADES (-1,9 Md€), une partie de son déficit 2013 (-0,3 Md€) et le déficit prévisionnel 2014 de la branche vieillesse (-1,6 Md€).

2016[121]. Le report à nouveau négatif de la CADES (-140,3 Md€) s'est quant à lui réduit de 2,7 Md€ en raison d'une reprise des déficits (10 Md€)[122] moins élevée que son résultat 2014 affecté en report à nouveau au 31 décembre 2015 (12,7 Md€).

L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre le passif[123] et l'actif financiers[124], atteint 120,8 Md€ au 31 décembre 2015. Pour la première fois depuis l'instauration du tableau patrimonial en 2010, il enregistre une réduction (de 0,6 Md€) :

- la croissance de l'endettement financier net du régime général s'est ralentie, celui-ci augmentant de 0,9 Md€ (+2,6 %) en 2015 contre une hausse de 6,3 Md€ (+22,3 %) l'année précédente, et de 10 Md€ (+54,6 %) deux ans plus tôt. L'endettement financier net du régime général atteint ainsi 35,5 Md€ au 31 décembre 2015, dont 31,2 Md€ portés par l'ACOSS[125] (30,1 Md€ à fin 2014) ;
- l'endettement financier net de la CADES a diminué de 1,9 Md€ (-1,4 %) pour atteindre 131,4 Md€ au 31 décembre 2015. Ses ressources d'exploitation (16,3 Md€)[126] lui ont permis de couvrir ses coûts bancaires (-3,1 Md€ net) et les reprises de déficits (-10 Md€), et ainsi d'augmenter ses actifs financiers (+3,1 Md€). Ses passifs financiers ont augmenté de 1,3 Md€, une hausse étant principalement observée sur le poste des dépôts de garantie reçus (+1,7 Md€)[127].

[121] Selon le décret n° 2016-110 du 4 février 2016, qui prévoit également la reprise des déficits 2014 des branches maladie et famille.
[122] La CADES a également repris en 2015 le reliquat du déficit 2013 et le déficit prévisionnel du FSV pour l'exercice 2014 (3,8 Md€).
[123] Pour l'essentiel, il s'agit de l'endettement social porté par la CADES et par l'ACOSS.
[124] Les actifs financiers sont principalement détenus par le FRR (36,4 Md€), la CADES (12 Md€, dont 9 Md€ de titres d'État), le régime de retraite de la Banque de France (4,9 Md€) et la MSA (1,5 Md€).
[125] À titre principal, l'endettement financier de l'ACOSS comprend des titres émis sur les marchés financiers (27,4 Md€) et un prêt à moyen terme souscrit auprès de la Caisse des dépôts et consignations (4 Md€).
[126] Principalement issues de la perception de la CRDS (6,8 Md€), de la CSG (6 Md€), de prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et sur les produits de placement (1,5 Md€) et des versements du FRR (2,1 Md€).
[127] Les dépôts de garantie reçus par la CADES dans le cadre des contrats de marché à terme et de pensions livrées mis en place afin de couvrir le risque de contrepartie, atteignent 4,6 Md€ à fin 2015 contre 2,9 Md€ fin 2014.

B - Avis de la Cour

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

À ce titre, la Cour s'assure de l'établissement du tableau patrimonial en fonction des données comptables des entités entrant dans son champ, de l'élimination de l'ensemble des actifs et des passifs réciproques de ces entités et de la pertinence des autres retraitements des données comptables effectués. De manière générale, elle apprécie la qualité de l'information procurée au Parlement dans le cadre et à l'appui du tableau patrimonial.

En outre, l'appréciation de la Cour tient compte des opinions exprimées sur les comptes des entités intégrées au tableau patrimonial par leurs auditeurs externes (Cour s'agissant des branches et de l'activité de recouvrement du régime général, commissaires aux comptes dans le cadre d'une mission d'audit légal pour la plupart des autres régimes, le fonds de solidarité vieillesse et le fonds de réserve des retraites, commissaires aux comptes ayant la qualité d'auditeur contractuel pour la caisse d'amortissement de la dette sociale ou agissant de fait en cette qualité pour certains régimes).

⁂

En application du 2° du VIII de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur le projet de tableau patrimonial au 31 décembre 2015, établi par la direction de la sécurité sociale, qui figurera à l'annexe A soumise à l'approbation du Parlement à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 ainsi que sur les éléments d'information qui seront intégrés aux annexes A et 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour cette même année.

Sous réserve des vérifications en cours et des éléments en attente présentés en introduction de la présente insertion, la Cour estime que le tableau patrimonial qui sera soumis à l'approbation du Parlement à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2015, en exprimant les deux observations suivantes :

1. les actifs et passifs respectifs des régimes de base du régime social des indépendants intégrés au tableau patrimonial demeurent imparfaitement distingués de ceux des régimes complémentaires de retraite et invalidité - décès qui n'en relèvent pas (voir C – 2 – *infra*) ;

2. les positions exprimées par la Cour et les opinions émises par les commissaires aux comptes continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau patrimonial 2015, en raison notamment des insuffisances des dispositifs de contrôle interne et de la persistance de difficultés comptables (voir C – 3 – *infra*).

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

- les dettes comptabilisées par le fonds de réserve des retraites (FRR) à l'égard de la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) (18,9 Md€ au 31 décembre 2015)[128] ont été réintégrées à ses capitaux propres, en l'espèce les « dotations »[129], compte tenu de l'absence de comptabilisation par la CADES de créances réciproques sur le FRR[130]. Cette remarque n'a pas d'incidence sur le montant total des capitaux propres retracé par le tableau patrimonial, mais uniquement sur leur ventilation entre la CADES et le FRR ;
- en application de la réglementation comptable[131], le FRR comptabilise ses actifs financiers à une valeur de marché (32,8 Md€ au 31 décembre 2015) et, au passif de son bilan, un écart positif d'estimation par rapport au coût d'acquisition des actifs en question (2,9 Md€) ;

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

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

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

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

- dans le cadre de l'adossement du financement du régime des industries électriques et gazières (IEG) à la branche vieillesse du régime général en 2005, les employeurs des IEG ont versé une soulte à la CNAVTS à hauteur de 3,1 Md€, qui l'a elle-même reversée au FRR, qui en assure la gestion jusqu'en 2020. Conformément à la réglementation comptable (voir *supra*), le FRR réévalue à chaque clôture d'exercice les actifs financiers qu'il gère pour le compte de la CNAVTS (4,6 Md€ au 31 décembre 2015), tandis que la CNAVTS comptabilise à sa valeur nominale la soulte dont la gestion financière a été confiée au FRR (soit 3,1 Md€ au 31 décembre 2015). Dans le tableau patrimonial, la différence entre les montants inscrits en comptabilité par la CNAVTS et par le FRR (soit 1,5 Md€) fait l'objet d'un reclassement en produit constaté d'avance, en conformité avec le traitement comptable de cette opération défini par le Haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (HCICOSS)[132].

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

1 - Une justification toujours insuffisante des montants intégrés au titre des régimes de base du RSI

Le périmètre du tableau patrimonial porte uniquement sur les régimes de base. De ce fait, les données comptables relatives aux régimes de base et aux régimes complémentaires doivent être dissociées.

Les informations communiquées à cette fin par le régime social des indépendants (RSI) ont conduit la direction de la sécurité sociale à retenir 5,1 Md€ (sur un bilan total de 20,4 Md€ au 31 décembre 2015) d'actifs et de passifs au titre des régimes de base maladie et vieillesse intégrés au tableau patrimonial.

Si des éléments de justification sont communiqués à la Cour[133], le RSI continue à rencontrer des difficultés pour isoler, au sein de son bilan

[132] Le HCICOSS a défini en 2005 le traitement comptable de cette opération, révisé en 2009 au titre des comptes 2008. Ses missions ont depuis lors été confiées au conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP).

[133] Note méthodologique, balance générale ventilée par régime et tableau de passage entre les bilans par régimes et le bilan combiné.

global, les actifs et passifs respectifs des régimes de base intégrés au tableau patrimonial et des régimes complémentaires qui n'en relèvent pas.

Ces difficultés ont pour traduction un déséquilibre (de 65 M€) entre les montants totaux de l'actif et du passif des régimes de base intégrés au tableau patrimonial et des régimes complémentaires qui n'en relèvent pas. Ce déséquilibre traduit l'existence d'anomalies qui affectent la fiabilité des données comptables intégrées au tableau patrimonial au titre des régimes de base du RSI. Ces anomalies sont potentiellement significatives : le montant précité du déséquilibre est un montant agrégé qui recouvre des effets dont la nature et le montant ne sont pas connus et qui sont susceptibles de se compenser en affectant plusieurs lignes du tableau patrimonial.

2 - Les opinions exprimées par les auditeurs externes sur la qualité des comptes 2015

S'agissant des entités qui sont comprises dans le champ du tableau patrimonial, mais pas dans celui des tableaux d'équilibre, les états financiers du FRR au 31 décembre 2015 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 au 31 décembre 2015[134].

Pour ce qui concerne les régimes et le fonds de solidarité vieillesse qui sont compris dans le champ des tableaux d'équilibre comme du tableau patrimonial, il est renvoyé aux développements précédents sur les tableaux d'équilibre (voir I – C – 4. *supra*).

Au regard des positions de certification avec réserves exprimées par la Cour sur les états financiers du régime général, et des opinions de certification avec réserves exprimées par les commissaires aux comptes sur ceux d'autres régimes (régimes agricole et des mines, RSI et CNAVPL), la fiabilité des données comptables intégrées au tableau patrimonial est imparfaitement assurée. En effet, ces réserves font état d'insuffisances des dispositifs de contrôle interne et de difficultés

[134] La CADES soumet volontairement ses états financiers à un audit contractuel. Dans son rapport sur la qualité des comptes des administrations publiques de l'exercice 2013 (Cour des comptes, *La qualité des comptes des administrations publiques*, La Documentation française, p. 25, octobre 2014, disponible sur www.ccomptes.fr), la Cour a estimé qu'au regard des enjeux financiers liés à ses activités, les états financiers de la CADES devraient faire l'objet d'une certification obligatoire en application de dispositions légales à instaurer.

relatives notamment à l'évaluation des estimations comptables relatives à l'actif et au passif circulants (évaluation des dépréciations de créances, des produits à recevoir et des charges à payer) et aux provisions pour risques et charges et, spécifiquement, à la réalité d'une partie des créances sur les travailleurs indépendants taxés d'office.

_____ *CONCLUSION ET RECOMMANDATION* _____

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 2017 fournissent une image cohérente du résultat et de la situation patrimoniale des entités comprises dans leurs périmètres.

Conformément à une recommandation de la Cour, l'article 1er du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 présentera les tableaux d'équilibre du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale en intégrant à ces derniers les recettes, les dépenses et le solde du fonds de solidarité vieillesse qui finance leurs branches vieillesse.

En outre, au vu des éléments, cependant partiels, de l'annexe 4 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 communiqués à la Cour, l'information procurée au Parlement à l'appui des tableaux d'équilibre pour l'exercice 2015 serait enrichie par l'intégration à cette annexe d'informations plus détaillées que les années précédentes sur la nature et l'évolution des recettes et des dépenses retracées dans ces documents, en rapprochant ainsi la finesse d'information au titre des tableaux d'équilibre de celle fournie au titre du tableau patrimonial depuis la création de ce document.

En revanche, une partie des produits et des charges retracés dans le cadre des tableaux d'équilibre soumis à l'approbation du Parlement restent issus de contractions de produits et de charges, en contrariété avec le cadre normatif applicable aux comptes des organismes de sécurité sociale.

La Cour formule ainsi la recommandation suivante :

10. *mettre fin aux contractions de produits et de charges dans les tableaux d'équilibre, non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (recommandation réitérée).*

Annexe - liste des régimes (hors régime général) intégrés au tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, présentés par branche.

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

	Risque Maladie	Risque Vieillesse	Risque AT/MP
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la société nationale des chemins de fers français (SNCF)	X	X	
Caisse de retraites du personnel de la régie autonome des transports parisiens (RATP)	X	X	X
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)		X	X
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	X	X	X
Établissement national des invalides de la marine (ENIM)	X	X	X
Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA)		X	
Banque de France		X	X
Opéra de Paris		X	
Comédie Française		X	
Régime d'assurance maladie du personnel du Port autonome de Bordeaux	X		
Régime d'assurance vieillesse du personnel du Port autonome de Strasbourg		X	
Chambre de commerce et d'industrie de Paris (intégré au régime général)	X		
Ex-SEITA		X	
Régime des chemins de fer secondaires (intégré au régime général)		X	
Régime des chemins de fer de l'Hérault		X	
Régime des chemins de fer d'Outre-mer		X	
Régime des chemins de fer d'Éthiopie		X	
Rentes accidents du travail (mairie de Paris)			X
Rentes accidents du travail (département de Paris)			X
Rentes accidents du travail (assistance publique des hôpitaux de Paris)			X
Régime d'indemnisation des sapeurs-pompiers communaux non professionnels (RISP)		X	

Source : Cour des comptes, à partir de la liste des régimes annexée au PLFSS 2015.

Deuxième partie

Maîtriser plus vigoureusement les dépenses de santé pour assurer un accès plus équitable aux soins

PRÉSENTATION

La France se caractérise par un poids de dépenses de santé parmi les plus élevés au monde (11 % du PIB en 2015).

Dans ce contexte, les dépenses de santé exposées par les ménages sont prises en charge par trois financeurs : l'assurance maladie obligatoire de base, les assurances complémentaires santé souscrites par les assurés sociaux et eux-mêmes directement.

L'assurance maladie a pour objet de permettre l'accès de tous aux soins nécessaires en mutualisant leur financement sur le champ le plus étendu : celui de l'ensemble de la population. Les assurances complémentaires concourent à financer, pour les assurés sociaux qui y recourent, la partie des dépenses de santé non prise en charge par l'assurance maladie, mais en assurant une solidarité par nature limitée aux souscripteurs de chaque contrat. En fonction de leur niveau, les dépenses restant in fine à la charge des ménages sont susceptibles d'affecter leur accès aux soins.

La Cour a examiné comment s'articulent ces différents modes de prise en charge et a cherché à mesurer leur incidence, tant en termes de couverture sociale que de dynamisme des dépenses et d'accès aux soins, sous trois prismes complémentaires.

Dans un premier chapitre, elle apporte un éclairage général sur les modifications importantes qui ont affecté depuis 15 ans la répartition de la prise en charge des dépenses de santé entre les différents acteurs.

Elle met en évidence en particulier que, si a été maintenu un niveau élevé de prise en charge par l'assurance maladie, en augmentation légère même sur la dernière période, des évolutions contrastées se font jour entre le niveau de remboursement d'une part des dépenses liées aux affections de longue durée (ALD) et d'autre part des autres dépenses de soins dont la prise en charge tend à s'éroder.

Le niveau parfois élevé des restes à charge après intervention de l'assurance maladie a poussé à une généralisation des assurances complémentaires santé, de sorte que la France présente la particularité au niveau européen de comporter la plus faible part de dépense directement supportée par les ménages. Pour autant, les assurances complémentaires, qui ont un coût élevé pour la collectivité à travers des aides fiscales et sociales importantes à leur souscription, procurent une protection à la fois inégale et imparfaite.

Ces constats conduisent à poser la question d'un réagencement en profondeur des rôles et des compétences de l'assurance maladie obligatoire de base et des assurances complémentaires santé.

Dans les deux chapitres suivants, sont illustrées plus précisément les conséquences divergentes des évolutions précédemment décrites.

Dans un deuxième chapitre, la Cour constate en effet le caractère de plus en plus difficile à soutenir de la dynamique des dépenses de santé intégralement prises en charge, ticket modérateur compris, par l'assurance maladie dans le cadre des ALD. Le nombre de bénéficiaires de ce dispositif a doublé en 20 ans. Les dépenses d'assurance maladie liées à ces pathologies chroniques connaissent un très fort dynamisme. La Cour met en lumière que l'assimilation entre besoin d'un suivi médical renforcé et entrée dans ce dispositif de prise en charge à 100 % est l'un des facteurs importants du dynamisme de cette dépense. Une modernisation du mode d'organisation et de tarification des soins apportés aux patients atteints de pathologies chroniques apparaît à cet égard nécessaire à une qualité accrue de leur prise en charge comme à une maitrise médicalisée des dépenses relatives à ces soins.

En troisième lieu, la Cour éclaire plus spécifiquement la situation d'un secteur particulièrement affecté par le désengagement financier de l'assurance maladie, celui des soins bucco-dentaires. Ce désengagement n'est pas sans incidence sur l'état de santé bucco-dentaire de la population et concourt à des phénomènes de renoncement à des soins, tout particulièrement prothétiques. Cette situation découle de l'absence de modération du prix des soins prothétiques et orthodontiques, malgré les engagements pris par la profession et de la faiblesse des pouvoirs publics et de l'assurance maladie dans leurs relations avec cette dernière. Elle appelle à redéfinir rapidement et fortement le cadre et les modes de prise en charge de ces soins.

Chapitre IV

La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir

PRÉSENTATION

Les dépenses de santé sont couvertes par trois types de financeurs : l'assurance maladie obligatoire de base, les organismes privés proposant des garanties d'assurance complémentaire (organismes complémentaires) et les ménages.

Sur une dépense de soins et de biens médicaux de 194,6 Md€ en 2015, les remboursements de l'assurance maladie se sont élevés à 149,5 Md€[135] (soit 76,8 %). En dehors de la couverture maladie universelle complémentaire (2,2 Md€), le reste à charge, soit 44,3 Md€, a été financé par les ménages, soit par l'intermédiaire des organismes complémentaires pour ceux ayant souscrit une assurance complémentaire (pour 25,7 Md€), soit directement (pour 16,4 Md€).

L'évolution de la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie et de ses modalités détermine ainsi celle de l'effort financier supporté par chaque assuré social à travers à la fois sa cotisation d'assurance complémentaire et son reste à charge ultime, et par là même l'accessibilité financière aux soins.

Cette évolution présente un paradoxe. D'un côté, sur un plan global, la part de financement des dépenses par l'assurance maladie est en passe de retrouver son niveau d'il y a quinze ans, en progressant sensiblement dans la période récente. D'un autre côté, malgré une participation directe des assurés parmi les plus faibles en Europe et qui s'est encore infléchie dernièrement, les niveaux individuels de prise en charge des dépenses ont eu tendance à décliner pour certaines catégories d'assurés et les dépenses qui peuvent rester à leur charge peuvent s'avérer très importantes.

La Cour a constaté que si la part globale de financement des dépenses de santé par l'assurance maladie, après avoir diminué avant 2012, revenait depuis lors vers le niveau qui était le sien à la fin des années 1990, ce retour, en grande partie lié à l'effet de structure induit par la progression rapide des effectifs de patients en affection de longue durée, s'était accompagné d'une érosion progressive des niveaux individuels de prise en charge des autres dépenses de santé (I).

[135] Sans compter les prises en charge de l'État notamment dans le cadre de l'aide médicale d'État (AME).

Elle a aussi examiné les modalités d'intervention des organismes complémentaires, qui jouent un rôle progressivement croissant dans le financement des restes à charge après intervention de l'assurance maladie, en constatant qu'elles s'accompagnaient de coûts élevés pour les assurés comme pour la collectivité et d'inégalités dans les niveaux de prise en charge des dépenses de santé entre assurés (II).

Devant le double constat, sur longue période, d'une dégradation des conditions de prise en charge par l'assurance maladie et d'un report croissant et coûteux vers les organismes complémentaires, un réexamen d'ensemble des modalités de couverture des dépenses de santé apparaît nécessaire (III).

I - Une érosion des niveaux individuels de prise en charge, en dépit d'une part globale de financement par l'assurance maladie qui retrouve son niveau d'il y a 15 ans

Sur une consommation de biens et de services médiaux (CSBM) de 194,6 Md€ en 2015, soit 8,9 points de PIB, la part financée par l'assurance maladie obligatoire a atteint 149,5 Md€.

Au cours des quinze dernières années, la part relative de l'assurance maladie obligatoire dans le financement de la CSBM s'est maintenue entre 76 et 77 %. Elle a atteint son plus bas niveau en 2011 (75,9 %) avant de remonter progressivement depuis lors. En 2015, elle s'est élevée à 76,8 % de la CSBM et est ainsi en passe de retrouver son niveau de la fin de la décennie 1990 (76,9 % en 1998 et 1999). Cette dernière évolution traduit un effort financier soutenu de la collectivité puisque le poids des prises en charge par l'assurance maladie dans le PIB s'est accru de plus de 0,9 points en 15 ans, le poids de la CSBM dans le PIB ayant lui-même augmenté de 1,1 point sur la période.

La stabilité globale sur longue période de la part relative de l'assurance maladie obligatoire dans le financement des dépenses de santé recouvre deux mouvements de grande ampleur et de sens opposé : une progression du nombre de patients en affection de longue durée (ALD), qui bénéficient d'un taux de prise en charge supérieur en moyenne aux autres assurés, et un recul des niveaux individuels de remboursement, tant pour les assurés en ALD que pour les autres, en raison notamment des transferts de charge opérés vers les ménages entre 2003 et 2011.

A - Un désengagement croissant de l'assurance maladie, parallèlement à la progression des affections de longue durée

La part des dépenses financées par l'assurance maladie obligatoire de base s'est stabilisée au prix de transferts de charges de plus de 6,5 Md€ vers les ménages, qui ont compensé les dépenses supplémentaires liées au nombre croissant de patients atteints d'une affection de longue durée (ALD).

1 - Une progression continue du coût des affections de longue durée depuis 15 ans

La part de la population en ALD connaît une progression particulièrement dynamique depuis la fin des années 1990. Pour le régime général, elle est ainsi passée de 11,2 % des assurés en 1999 à 16,4 % fin 2014 (9,8 millions de personnes).

Les patients en ALD présentent des dépenses remboursables plus de 6 fois supérieures en moyenne à celles des autres assurés. Ils bénéficient de taux de remboursement moyens très supérieurs à ceux des autres assurés, en raison non seulement de l'exonération du ticket modérateur dont ils bénéficient pour les dépenses en rapport avec leur affection, mais aussi du fait d'un recours plus fréquent à des soins ou à des produits mieux pris en charge (hospitalisation et médicaments coûteux remboursés à 100 %).

Les affections de longue durée (ALD)

Le dispositif des ALD, créé en 1945, visait à permettre aux personnes victimes de maladies longues et coûteuses d'accéder plus facilement aux soins grâce à une exonération des tickets modérateurs. Depuis 1987, cette dernière est réservée aux seuls soins en rapport avec l'affection concernée.

L'admission en ALD se fait sur critères médicaux et après accord d'un médecin conseil de l'assurance maladie. Les pathologies éligibles figurent sur une liste établie par décret. 29 pathologies y sont aujourd'hui mentionnées[136]. L'admission peut aussi être décidée au titre d'affections « hors liste » : forme grave d'une maladie ou forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave, comportant un traitement prolongé d'une durée supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse (« ALD 31 ») ; poly-pathologies entraînant un état pathologique invalidant nécessitant des soins continus pendant au moins six mois (« ALD 32 »).

[136] Les ALD les plus représentées dans la population sont le cancer, les diabètes, l'hypertension artérielle sévère et les affections psychiatriques. Voir le chapitre V du présent rapport : la prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre.

L'augmentation de la prévalence des ALD entraîne ainsi, toutes choses égales par ailleurs, une progression de celle des dépenses de santé financée par l'assurance maladie. Suivant l'estimation de la Cour, les dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie liées au régime spécifique des ALD par rapport aux prises en charge de droit commun seraient passées de 4,5 Md€ en 1998 à 12,5 Md€ en 2011 et à près de 15 Md€ en 2014, dont 13 Md€ au titre des exonérations du ticket modérateur[137].

Entre 1998 et 2014, la progression de la proportion d'assurés en ALD et celle du coût de leur prise en charge, lié notamment à leur consommation de médicaments coûteux, auraient ainsi conduit à accroître d'environ 6,5 Md€ la part relative de la CSBM financée par l'assurance maladie, soit en cumul près de 3,5 points de CSBM.

2 - D'importants transferts de charges vers les ménages

Plusieurs mesures d'augmentation du reste à charge pour les assurés, intervenues entre 2003 et 2011, et la hausse par ailleurs des dépassements de tarifs et des dépenses non remboursables par l'assurance maladie ont contribué à réduire de près de 2,5 points la part de CSBM financée par l'assurance maladie, en compensant ainsi l'incidence de la progression régulière des ALD au cours de la même période.

a) De nouvelles participations des ménages pour près de 3 Md€

En 2005, une participation forfaitaire de 1 € a été introduite afin de réduire les remboursements de l'assurance maladie, en s'appliquant en sus du ticket modérateur, sur les consultations de médecins (y compris à l'hôpital depuis 2007), les actes de radiologie et les analyses biologiques. Selon les données de la DREES, le rendement annuel de cette mesure a atteint 668 M€ en 2013.

[137] Le solde, soit 2 Md€, correspond à la consommation par les assurés en ALD de médicaments remboursés à 100 % indépendamment de l'exonération de ticket modérateur.

En 2008, des franchises venant s'ajouter aux tickets modérateurs ont été instaurées à hauteur de 0,5 € par boîte de médicament et par acte paramédical et de 2 € par transport sanitaire. Elles ont fait supporter aux assurés sociaux 868 M€ de dépenses de santé en 2013.

La participation forfaitaire, d'un côté, et les franchises, de l'autre, sont respectivement plafonnées à 50 € par an et par assuré.

Par ailleurs, le forfait journalier à l'hôpital, créé en 1983 (pour un montant de 20 F), a été augmenté de plus de 7 € entre 2003 et 2010 pour atteindre 18 € depuis lors, ce qui a engendré un accroissement du reste à charge des ménages de près de 700 M€ sur la période. En outre, une participation forfaitaire de 18 € en lieu et place d'une exonération de ticket modérateur a été instaurée en 2007 pour les séjours hospitaliers ou les consultations comprenant un acte « lourd ». Son rendement à l'hôpital est évalué à 90 M€ par la DREES.

Enfin, plusieurs mesures ponctuelles ont augmenté de 600 M€ le rendement global des tickets modérateurs : suppression de l'exonération du ticket modérateur sur certaines dépenses consécutives à un acte « lourd » dès 2004, instauration d'une majoration du ticket modérateur pour les consultations de médecins en dehors du parcours de soins en 2006, par la suite augmentée, hausse du taux de ticket modérateur sur les dispositifs médicaux en 2011.

Tableau n° 46 : mesures d'augmentation de la participation des ménages depuis 2004

En M€, sans cumul

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hausse du forfait hospitalier de 2,33 €	+180							
Rétablissement du ticket modérateur (TM) sur les dépenses de transport et de soins paramédicaux consécutifs à un acte « lourd »	+200							
Participation de 1 € par consultation de médecin et analyse de biologie		+430						
Hausses du forfait hospitalier de 1 € en 2005, 2006 et 2007		+120	+120	+120				
Majoration du TM pour les consultations en dehors du parcours de soins coordonné (PSC)			+100					
Extension de la participation de 1 € à la consultation externes des hôpitaux et hausse du plafond journalier à 4 €				+50	+100			
Participation forfaitaire de 18 € mise en place à l'hôpital puis en ville				+50	+100			
Augmentation de 10 points de la majoration du TM hors PSC					+150			
Franchise sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires					900			
Augmentation de 20 points de la majoration du TM hors PSC						+150		
Hausse de 2 € du forfait hospitalier							+160	
Baisse du taux de remboursement des dispositifs médicaux de la liste des produits et prestations - LPP (30 %)								+100
Hausse du seuil d'application de la participation forfaitaire de 18 €								+100
Total	**+380**	**+550**	**+220**	**+220**	**+1 250**	**+150**	**+160**	**+200**

Source : Cour des comptes d'après les annexes des projets de loi de financement de la sécurité sociale, les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale et les données de la direction de la sécurité sociale.

b) Des baisses de remboursement des médicaments de près de 1 Md€

La réévaluation de l'efficacité médico-économique des médicaments au début des années 2000 a conduit les pouvoirs publics à réduire le taux de remboursement de certaines spécialités et à dé-rembourser d'autres dont le service médical rendu était des plus faibles. Ces mesures, principalement mises en œuvre en 2003 puis entre 2006 et 2008, ont accru de près de 1 Md€ la part relative de la CSBM financée par les ménages, dont 300 M€ du fait de déremboursements. Depuis lors, les révisions de l'efficacité médico-économique des médicaments se sont poursuivies sans interruption et conduisent chaque année à de nouveaux déremboursements, dans des proportions cependant moindres qu'entre 2003 et 2008.

c) Les effets de la progression dynamique des dépassements des tarifs de l'assurance maladie et des dépenses non remboursables

D'après les comptes de la santé, les dépassements d'honoraires des médecins libéraux, en ville comme en clinique privée, ont représenté 2,7 Md€ au total en 2013. Leur progression dynamique a augmenté de près de 400 M€ la part relative des ménages dans le financement de la CSBM entre 1998 et 2013. Pour l'essentiel, elle est attribuable aux soins délivrés par les médecins spécialistes, dont les taux moyens de dépassement sont passés de 10,6 % en 1998 à 16,4 % en 2013, alors que ceux des généralistes reculaient de 5,6 % à 4,1 %.

Également entre 1998 et 2013, la progression des dépassements de tarifs sur les dispositifs médicaux, notamment l'optique et les audio-prothèses, a accru de près de 800 M€ la part relative des ménages dans le financement de la CSBM.

Celle des dépenses non remboursables, notamment les actes hors nomenclature des chirurgiens-dentistes (parodontologie, implantologie), l'a par ailleurs alourdie de plus de 400 M€.

Au total, la progression des dépassements et des dépenses hors nomenclature a entraîné un transfert de financement vers les ménages de près de 1 point de CSBM entre 1998 et 2014.

La progression rapide de l'assiette des tickets modérateurs à l'hôpital public

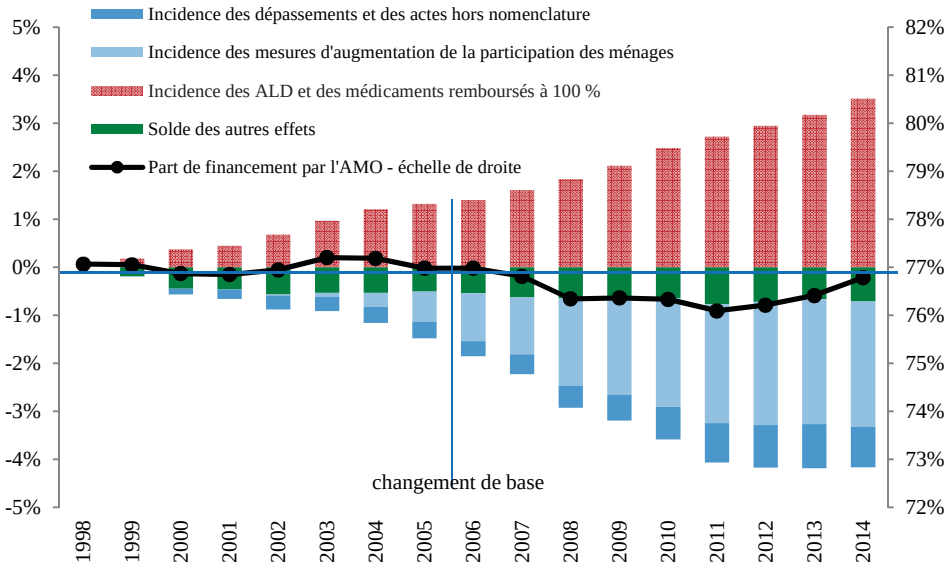
Dans les hôpitaux publics, anciennement sous dotation globale, le maintien du calcul de la participation financière des ménages (ticket modérateur) sur la base des tarifs journaliers de prestation (TJP) fixés pour chaque établissement et non des tarifs nationaux sur lesquels se fonde la tarification à l'activité, a conduit à accroître la part de financement supportée par les ménages.

En effet, la suppression du mécanisme antérieur de compensation entre dotation globale et participation des ménages a incité les hôpitaux à demander aux agences régionales de santé (ARS) des augmentations de leurs TJP. Selon les calculs de la Cour, l'augmentation de la valeur des TJP entre 2004 et 2012 à un rythme nettement supérieur à celle de la dépense hospitalière a augmenté de près de 1 Md€ la part relative de financement des ménages au sein de la CSBM.

En définitive, plusieurs facteurs d'évolution[138] se sont compensés depuis 15 ans de sorte que la part relative des dépenses de santé prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est aujourd'hui en passe de revenir à son niveau de 1998.

[138] En dehors de ceux précédemment décrits, l'effet de structure lié au recul de la part des dépenses hospitalières dans la CSBM entre 1999 et 2001 a contribué à réduire la part de l'assurance maladie obligatoire (les soins hospitaliers sont relativement mieux remboursés en moyenne que les autres dépenses).

Graphique n° 8 : principaux facteurs d'évolution de la part des dépenses de santé prise en charge par l'assurance maladie obligatoire



Note de lecture : en 2012, la part des dépenses de santé financée par l'assurance maladie obligatoire était de 76,1 %. Entre 1998 et 2012, les ALD et les médicaments remboursés à 100 % ont contribué à accroître cette part de 2,9 points, tandis que les mesures d'augmentation de la participation des ménages et les dépassements ont contribué à la réduire respectivement de 2,6 points et de 0,9 point.
Source : Cour des comptes.

Entre 1998 et 2014, l'effet de la progression des ALD a été en effet globalement neutralisé par les transferts de charges suscités par les mesures décidées par les pouvoirs publics et par la hausse des dépassements de tarifs et des dépenses non remboursables. Toutefois, ces mesures sont essentiellement intervenues entre 2003 et 2011. Depuis 2012, l'évolution du partage de financement des dépenses de santé entre l'assurance maladie obligatoire et les ménages est presque uniquement liée, par effet de structure, aux ALD et aux médicaments remboursés à 100 %. La part de l'assurance maladie obligatoire a ainsi augmenté de 0,8 point entre 2011 et 2014, nonobstant l'évolution des taux individuels de prise en charge, durablement affectés par les mesures intervenues avant 2012. Cette tendance s'est poursuivie en 2015 avec une augmentation supplémentaire de 0,2 point de la part de l'assurance maladie obligatoire.

B - Une diminution rampante, mais inégale des niveaux individuels de prise en charge par l'assurance maladie

Les transferts de charge intervenus depuis 1998 en direction des ménages et la hausse des dépassements des tarifs de l'assurance maladie et des dépenses non remboursables ont accentué les écarts de traitement des différentes catégories d'assurés et accru le risque pour ces derniers de devoir faire face à des restes à charge élevés.

1 - Une baisse générale des taux de prise en charge, accompagnée d'écarts croissants entre les différentes catégories d'assurés

Si la progression du nombre d'assurés en ALD contribue à augmenter le taux global de prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire au niveau de la CSBM dans son ensemble, les mesures d'augmentation des participations financières des ménages ont pesé sur les taux de prise en charge de chaque assuré, y compris ceux des patients en ALD. En effet, la plupart des nouvelles participations s'appliquent à ces derniers comme aux autres assurés.

Pour autant, les écarts de taux de prise en charge se sont accrus entre les assurés en ALD et les autres assurés. Certaines mesures concernant l'assiette et les taux des tickets modérateurs, en ville ou à l'hôpital, ont en effet épargné les assurés en ALD dès lors que les dépenses exposées sont en rapport avec leur affection. En outre, la progression de la consommation de médicaments remboursables à 100 % a concerné pour l'essentiel les assurés en ALD. Dès lors, le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire a moins baissé pour les assurés en ALD que pour les autres.

Entre 2002 et 2013, comme le montre le tableau ci-après, le taux moyen de remboursement par l'assurance maladie sur les dépenses opposables[139] a de fait baissé de 1,1 point pour les assurés en ALD, mais de 3 points pour les autres assurés, ce qui a fait croître de 1,9 point l'écart de taux moyen de prise en charge entre ces deux catégories. Ce dernier atteint désormais plus de 17,8 points sur l'ensemble des soins et s'élève à plus de 24,4 points[140] sur les seuls soins de ville.

[139] Hors dépassements sur dépenses remboursables et hors dépenses non remboursables.

[140] Les dernières données disponibles concernent l'année 2013 et n'intègrent donc pas l'effet de la progression en 2014 des médicaments rétrocédés par les pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés, notamment ceux contre l'hépatite C, sur le taux moyen de prise en charge des dépenses des patients en ALD.

Tableau n° 47 : évolution des taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire sur dépenses opposables en fonction de la présence ou non d'une affection de longue durée (2002-2013)

	2002	2013	Variation
Assurés ayant une affection de longue durée (ALD)	94,3 %	93,2 %	-1,1 point
Autres assurés (non-ALD)	78,4 %	75,4 %	-3 points
Écart ALD-non-ALD	15,9 points	17,8 points	+1,9 point

Source : Cour des comptes d'après des données de la DREES issues de l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) pour 2002 et des données de la CNAMTS issues de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) pour 2013.

2 - Une hétérogénéité croissante des niveaux de prise en charge selon les types de soins et les catégories d'assurés

À la création de la sécurité sociale en 1945, la participation financière des ménages aux dépenses de santé a pris la forme simple d'un ticket modérateur à taux unique de 20 % sur l'ensemble des dépenses remboursables dans la limite des tarifs conventionnels. Ce dernier avait pour objet de responsabiliser les assurés sociaux, tout en laissant un champ d'activité aux mutuelles, anciennes gestionnaires des assurances sociales mises en place par une loi de 1930.

Depuis lors, le ticket modérateur s'est complexifié en se différenciant en fonction de la nature des dépenses. Six taux distincts de droit commun (voire sept en prenant en compte les médicaments remboursables à 100 %) s'appliquent aujourd'hui aux assurés du régime général, sans préjudice du fait que ces taux sont majorés dans certains cas[141].

[141] Majoration notamment de 40 points applicable aux consultations médicales effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés.

Tableau n° 48 : niveau des tickets modérateurs en fonction de l'objet des dépenses (2015)

En %

	Fourchette définie par décret	Taux fixé par l'UNCAM
Frais d'hospitalisation, y compris honoraires et analyses médicales	15-25	20
Forfait urgences et ambulatoire à l'hôpital, honoraires associés et produits de la liste « en sus »	15-25	20
Honoraires des praticiens libéraux hors hospitalisation	25-35	30
Honoraires des auxiliaires médicaux hors hospitalisation	35-45	40
Analyses médicales hors hospitalisation	35-45	40
Médicaments à service médical rendu (SMR) modéré ou destinés aux affections sans gravité	70-75	70
Spécialités et préparations homéopathiques remboursables	70-75	70
Dispositifs médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP)	40-50	40
Médicaments à SMR faible	80-90	85
Transports sanitaires, cures thermales et autres frais, dont autres médicaments	30-40	35

Source : Légifrance et CNAMTS.

En outre, plusieurs régimes spéciaux font bénéficier leurs affiliés, au nombre de 900 000 environ, de tickets modérateurs nuls ou d'un niveau réduit par rapport au régime général. C'est notamment le cas du régime des mines, qui les dispense de toute participation sur tarif opposable, et dans une moindre mesure des régimes des agents de la SNCF, de la RATP et des clercs et employés de notaires.

Par ailleurs, l'assiette des tickets modérateurs résulte de règles qui sont progressivement devenues de plus en plus complexes. En soins de ville, cette complexité résulte notamment des divers cas de majorations applicables aux consultations de médecin. À l'hôpital, elle est liée d'une part à l'existence d'une participation forfaitaire (de 18 €) qui se substitue

dans certains cas au ticket modérateur[142] et d'autre part à l'extrême hétérogénéité des valeurs des tarifs journaliers de prestation entre hôpitaux publics au titre d'un même motif de séjour.

L'hétérogénéité des assiettes de ticket modérateur pour des séjours identiques à l'hôpital

Pour un même motif de séjour et des soins identiques, le montant du ticket modérateur peut varier fortement selon les établissements : en clinique privée, l'assiette correspond aux tarifs nationaux des groupes homogènes de séjours (GHS), qui sont définis par type de pathologie ou d'intervention et indépendants de la durée effective du séjour. En revanche, dans les hôpitaux publics, l'assiette correspond à la durée du séjour (jour de sortie non compris) multipliée par les tarifs journaliers de prestation (TJP).

Les valeurs des TJP sont fixées par la voie d'arrêtés des directeurs d'ARS et doivent suivre des modalités de calcul précisées par décret. Toutefois, les valeurs retenues ont largement correspondu, au moins jusqu'en 2012, aux demandes de chaque établissement en fonction de ses conditions d'exploitation, de ses coûts et de sa situation financière propre, sans toujours respecter les modalités de calcul règlementaires.

Il en résulte une grande hétérogénéité des TJP, à types de soins identiques, selon les établissements. Selon l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé, l'éventail des TJP pratiqués en médecine par les CHU allait en 2012 de 862 €/jour à l'AP-HP à 1 476 €/jour au CHU de Rouen ; en dehors des CHU, certains TJP étaient inférieurs à 300 €. Des travaux effectués par la Cour en 2013 sur des données 2011 ont mis en évidence des écarts similaires (de 140 à 1 832 € en médecine, de 429 à 2 243 € en chirurgie et de 146 à 1 318 € en psychiatrie).

Enfin, il existe plus d'une quarantaine de cas d'exonération tant sur l'application des tickets modérateurs que sur celle des autres participations. La principale, en termes de fréquence, concerne l'exonération de ticket modérateur pour les patients atteints d'une ALD suivie, par ordre de masse financière décroissante, par les exonérations de ticket modérateur et des autres participations pour les titulaires d'une pension d'invalidité, puis par les exonérations dont bénéficient les femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse.

[142] Si le séjour comporte un acte coûteux, diagnostique ou thérapeutique, c'est-à-dire dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € dans la classification commune des actes médicaux ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 60 dans la nomenclature générale des actes professionnels.

3 - Une forte dispersion des niveaux de reste à charge à niveau identique de dépense de santé

Cette complexité croissante des modalités de prise en charge de l'assurance maladie se traduit par une forte dispersion des niveaux de restes à charge à niveau identique de dépense, en fonction du contenu des soins et de la catégorie d'assuré.

Ainsi, sur les seuls soins de ville et même parmi les assurés n'ayant pas bénéficié d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD, les taux de reste à charge connaissent une forte dispersion : pour une dépense annuelle de l'ordre de 700 €, ce taux peut varier entre 35 et 75 % (en fonction notamment du poids des dépassements dans la dépense). Les exonérations amplifient ce phénomène : ainsi, en soins de de ville, la même fourchette de dépense opposable comprise entre 1 200 et 1 500 € annuels a donné lieu à un taux de remboursement moyen de 81 % pour les assurés en ALD et de seulement 64 % pour les autres assurés.

C - Des dépenses à la charge des assurés après intervention de l'assurance maladie obligatoire parfois importantes

1 - Des restes à charge qui peuvent être élevés à l'hôpital comme en soins de ville

La grande majorité des participations financières sur dépense opposable est proportionnelle soit à la valeur de la dépense (ticket modérateur), soit à son volume (participations forfaitaires et franchises médicales). Les dispositifs de plafonnement n'ont qu'une incidence marginale (plafond annuel de 50 € sur la participation de 1 €, autre plafond de même montant sur l'ensemble des franchises médicales et participation de 18 € qui se substitue au ticket modérateur pour tout acte dont le coût unitaire dépasse 120 €).

Si le reste à charge par assuré et par an sur dépense remboursable par l'assurance maladie (y compris dépassements) s'élevait à 510 € en moyenne en 2012, 5 % des assurés connaissaient cette même année un reste à charge supérieur à 1 700 €. Pour ces 5 % d'assurés, le reste à charge annuel s'élevait à 2 750 € en moyenne, ce qui traduit l'occurrence de restes à charge d'un niveau bien supérieur pour certains.

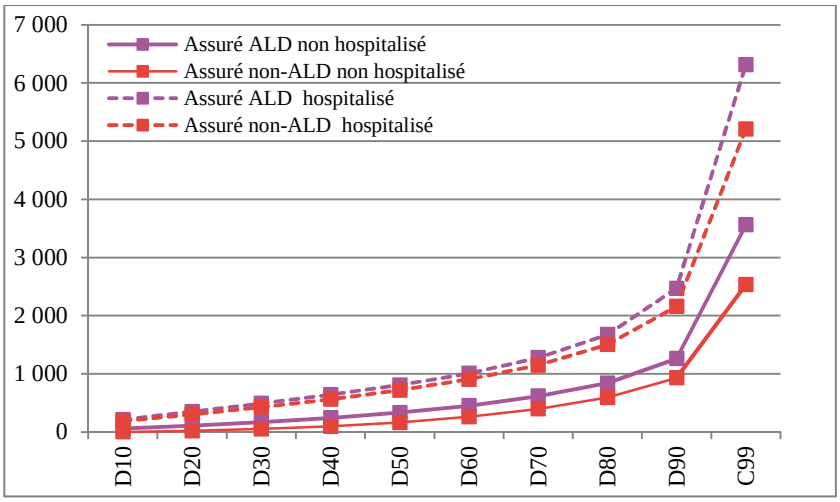
a) Des restes à charge pouvant être très lourds en cas d'hospitalisation

Les hospitalisations augmentent très significativement le risque pour les assurés sociaux de devoir faire face à un reste à charge élevé, notamment pour ceux en ALD : en 2012, 20 % des patients en ALD ayant connu une hospitalisation dans l'année ont eu, à ce seul titre, un reste à charge annuel supérieur à 450 € hors dépassements d'honoraires, dont le montant moyen atteint 1 450 €.

Pour toutes les catégories d'assurés, un séjour à l'hôpital fait plus que doubler les restes à charge : pour les 10 % d'assurés qui ne sont pas atteints d'ALD et supportent, y compris au titre de dépassements, les restes à charge les plus élevés, ces derniers sont en moyenne de 1 000 € par an; pour les mêmes assurés qui ont été hospitalisés, les restes à charge s'élèvent à 2 100 € en moyenne.

Graphique n° 9 : distribution des restes à charge annuels après assurance maladie obligatoire sur la dépense présentée au remboursement (2012)

En €



Note de lecture : D90 (dernier décile) et C99 (dernier centile) correspondent respectivement aux 10 % et au 1 % d'assurés ayant les restes à charge les plus élevés.
Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS issues de l'EGB 2012

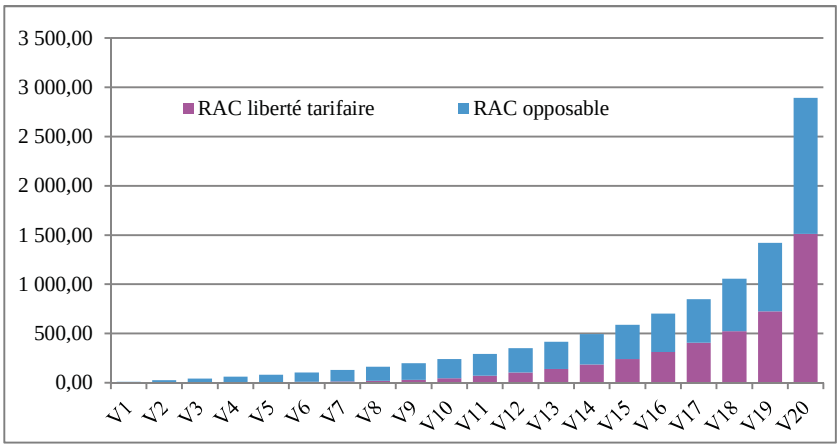
b) En soins de ville, des restes à charge élevés qui portent aussi bien sur la dépense opposable que sur les dépassements de tarifs

Sur la seule dépense opposable de soins de ville (hors dépassements), selon les données de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) de 2013, 5 % des assurés connaissent un reste à charge annuel supérieur à 750 €, dont le montant moyen dépasse 1 100 €. Pour 5 % des assurés en ALD, le reste à charge excède 930 €.

Pour les 20 % d'assurés hospitalisés qui présentent les dépenses les plus élevées, une hospitalisation ajoute à ces restes à charge près de 1 200 € supplémentaires en moyenne annuelle, hors dépassements d'honoraires.

Si les dépenses opposables peuvent à elles seules engendrer des restes à charge élevés, les dépassements d'honoraires et de tarifs ont une place prépondérante dans les restes à charge les plus élevés, alors qu'ils représentent moins d'un quart des restes à charge pour la moitié de la population ayant les dépenses de santé les moins importantes.

Graphique n° 10 : part des dépassements d'honoraires et de tarifs dans les restes à charge (RAC) suivant les niveaux de RAC annuels sur dépense remboursable (2013)



Note de lecture : V19 et V20 (derniers vingtiles) correspondent aux 10 % d'assurés ayant les restes à charge les plus élevés.
Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS issues de l'EGB 2012

Les soins dentaires prothétiques concentrent plus de la moitié des dépassements supportés par les 10 % d'assurés qui ont les restes à charge les plus élevés. L'optique en explique un quart.

2 - Des restes à charge pouvant demeurer importants pour les assurés en ALD

Malgré l'exonération de ticket modérateur dont ils bénéficient sur les dépenses en rapport avec leur affection, les assurés en ALD ont en moyenne des restes à charge supérieurs aux autres assurés. Ce paradoxe apparent reflète un état de santé global plus dégradé des assurés en ALD que le reste de la population à âge identique.

De surcroît, les assurés en ALD présentent les plus fort risques de reste à charge élevés : sans connaître d'hospitalisation, 10 % d'entre eux font face à un reste à charge qui dépasse 1 200 € par an (y compris dépassements). 10 % de ceux qui ont été hospitalisés doivent assumer un reste à charge annuel total proche de 2 500 € en moyenne.

Tableau n° 49 : restes à charge annuels moyens en fonction de la présence ou non d'une affection de longue durée (2012)

En €

	Par individu*		
	Ensemble	**ALD**	**Non-ALD**
Dépense remboursable moyenne	2 176	7 030	1 116
Reste à charge moyen après assurance maladie obligatoire	510	805	446
Dont soins de ville, *dont :*		649	410
Ticket modérateur		*299*	*184*
Participations et franchises		*58*	*16*
Dépassements		*292*	*209*

**D'après l'EGB 2012 hors psychiatrie et soins de suite et de réadaptation dans les hôpitaux publics, sur individus présents de 2008 à 2012.*
Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS.

⁂

Alors même que la part globale de l'assurance maladie dans le financement des dépenses de santé est restée stable sur 15 ans, les assurés ont vu paradoxalement leurs conditions de prise en charge se dégrader avec près de 6,5 Md€ de transferts de charge cumulés sur cette période. Les écarts de prise en charge, à niveau identique de dépense, se sont accrus, notamment entre les patients en ALD et les autres assurés. Des restes à charge élevés existent après assurance maladie obligatoire, supérieurs pour 5 % des assurés à 1 700 € par an, y compris pour ceux en ALD.

II - Un report progressivement croissant, coûteux et inégalitaire sur les assurances complémentaires

Dans le contexte d'une érosion progressive des niveaux de prise en charge individuelle des assurés, hors situations d'affection de longue durée, par l'assurance maladie obligatoire de base, les assurés sociaux recourent de plus en plus massivement aux assurances privées complémentaires, avec le soutien des pouvoirs publics, afin de réduire leur exposition au risque de restes à charge élevés.

A - Un financement par les organismes complémentaires privés en forte progression depuis 15 ans

Entre 1998 et 2015, la part des organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance) dans le financement des dépenses de santé laissées à la charge des ménages par l'assurance maladie obligatoire est passée de 56 % à plus de 61 %. En 2015, ces organismes ont financé 13,2 % de la CSBM, soit 25,7 Md€, contre 12,2 % en 2000.

1 - Une couverture complémentaire en voie de généralisation

La part de la population française couverte par une protection complémentaire en santé est passée de 84 % en 1998 à 95 % fin 2012, grâce en particulier à l'instauration de la couverture maladie universelle complémentaire en 1999, puis de l'aide au paiement d'une complémentaire santé en 2004[143]. La généralisation au 1er janvier 2016 à l'ensemble des salariés de la complémentaire santé dans le cadre collectif de l'entreprise, en application de la loi du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi, pourrait augmenter ce taux de 0,9 à 2,3 points[144]. Sa progression effective sera notamment tributaire de la fréquence de l'extension des contrats d'entreprise aux membres des familles des salariés et de l'étendue des dispenses d'affiliation pour ceux ayant une activité réduite.

[143] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement pour 2015*, chapitre XII : l'accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler, p. 415-448, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.
[144] Selon une étude de l'IRDES parue en juillet 2015.

2 - L'augmentation du niveau moyen des garanties

En dépit de l'instauration de participations financières non ré-assurables entre 2005 et 2008 (participation de 1 € par consultation médicale, majorations de ticket modérateur hors parcours de soins et franchises médicales), la part des assurances complémentaires dans le financement des dépenses de santé s'est accrue. En effet, le contenu des garanties d'assurance a accompagné la progression des dépassements d'honoraires et de tarifs : selon les types de dépenses couvertes, le niveau moyen des remboursements proposés a ainsi augmenté de 2 à 8 % par an entre 2006 et 2010[145].

La récente modification de la définition des contrats « responsables »[146] aura des conséquences encore difficiles à apprécier sur cette dynamique. Elle prévoit en effet d'une part une obligation de prise en charge intégrale de la plupart des tickets modérateurs ainsi que des forfaits hospitaliers sans limitation de durée, ce qui pourrait augmenter la part des dépenses de santé financée par les organismes complémentaires, et, d'autre part, une limitation de la prise en charge par ces derniers des dépassements d'honoraires des médecins et des tarifs d'optique, ce qui pourrait au contraire réduire cette part.

Les contrats complémentaires « responsables »

Les contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficient de certains avantages fiscaux et sociaux à la condition qu'ils respectent les critères des contrats « responsables » fixés par la loi ou par voie réglementaire :

- exclusion de toute prise en charge des participations de 1 €, des franchises médicales ainsi que des majorations de tickets modérateurs en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés ;
- prise en charge obligatoire de tous les tickets modérateurs, sauf ceux applicables aux médicaments remboursables à 15 % ou à 30 % et aux cures thermales, dont la prise en charge est facultative, et de l'intégralité des forfaits hospitaliers, sans limitation de durée ;

[145] Rapport de la DREES sur les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires en 2010.
[146] Décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

- niveaux minimaux de prise en charge des équipements d'optique ;
- niveaux maximaux de prise en charge pour ces mêmes équipements d'optique et pour les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas signé de contrat d'accès aux soins.

Ils bénéficient s'ils répondent à ces conditions des avantages fiscaux et sociaux suivants :

- application d'un taux de taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie (TSA) minoré de 7 points (et même de 14 points pour les exploitants agricoles souscripteurs) par rapport aux contrats qui ne respectent pas les critères précités, à condition toutefois que les contrats « responsables » soient également « solidaires », c'est-à-dire qu'ils excluent toute sélection médicale ;
- exemption de cotisations sociales sur la part employeur des primes d'assurance, par ailleurs déductibles du bénéfice imposable, et déductibilité de la part salariale des primes de l'assiette de l'impôt sur le revenu, pour les contrats collectifs obligatoires d'entreprise ;
- déductibilité du bénéfice imposable pour les primes acquittées par les travailleurs indépendants.

Les contrats collectifs d'entreprise doivent être des contrats « solidaires » et « responsables ». En vue de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise au 1er janvier 2016 ont été fixés[147] des planchers de garanties soit identiques à ceux des autres contrats « responsables », soit plus élevés (prise en charge plus importante pour les corrections simples en optique, plancher de prise en charge pour les soins prothétiques dentaires et l'orthopédie dento-faciale).

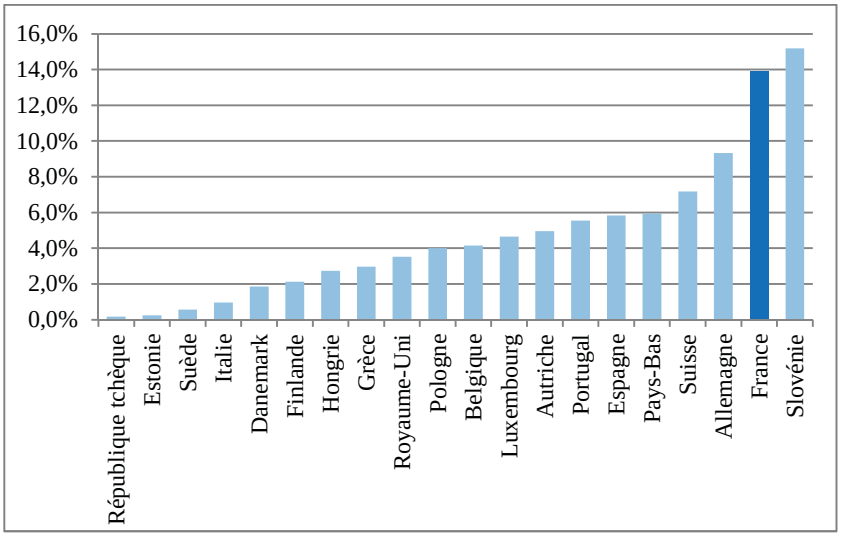
En tout état de cause, les nouveaux critères imposés aux contrats responsables et aux contrats d'entreprise auront pour effet de resserrer le large éventail des niveaux de garanties proposés par les organismes complémentaires. Pour une même correction, ces niveaux pouvaient en effet varier dans des proportions de 1 à 100 dans le domaine de l'optique. Selon les corrections, ces proportions varient désormais entre 3,75 et 9,4. Pour les prothèses dentaires ou auditives et les honoraires de médecins en secteur 2, ils pourront continuer à varier au moins de 1 à 10 pour un même soin.

[147] Décret du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

3 - Un niveau de participation directe des ménages en nette réduction

La France est aujourd'hui en deuxième position (après la Slovénie) parmi les pays européens quant à la place des assureurs privés dans le financement des dépenses de santé, loin devant l'Allemagne (9,5 %), l'Espagne (6 %) et la Belgique (4 %).

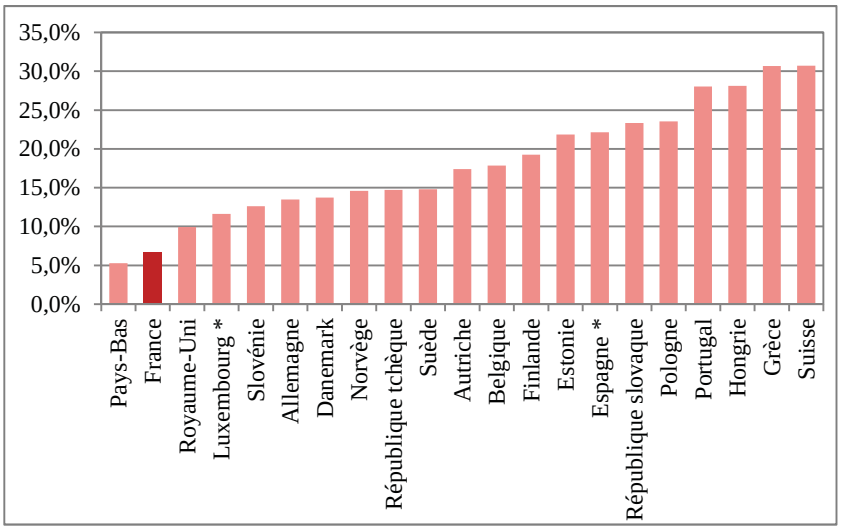
Graphique n° 11 : part des assureurs privés dans le financement des dépenses totales de santé dans les pays européens (2013)



Source : Cour des comptes d'après les données de l'OCDE.

Corrélativement, la part des dépenses de santé financées directement par les ménages, après intervention des couvertures maladie obligatoire de base et complémentaires, a atteint son niveau le plus bas en 2015, soit 8,4 %. En 2013, cette part était la deuxième plus faible (après les Pays-Bas) parmi les pays européens.

Graphique n° 12 : part directe des ménages dans le financement des dépenses totales de santé dans les pays européens[148] (2013)



**2012.*
Source : Cour des comptes d'après les données de l'OCDE.

B - Des couvertures complémentaires coûteuses pour les ménages comme pour les finances publiques

Le recours croissant aux assurances complémentaires n'est pas neutre quant à l'effort financier consacré par les ménages à leur santé et au regard des finances publiques. La souscription d'un contrat d'assurance complémentaire santé conduit en effet les assurés ou les employeurs de salariés à acquitter des frais de gestion et des taxes spécifiques. Comme déjà souligné, les contrats « solidaires » et « responsables » bénéficient par ailleurs d'avantages fiscaux et sociaux particuliers.

[148] Au-delà de la CSBM, la dépense totale de santé englobe des dépenses dont le financement n'incombe pas aux ménages : soins aux personnes âgées ou handicapées en établissement, indemnités journalières, coûts de gestion. Aussi, le taux de financement direct des ménages y est-il plus faible que sur le périmètre de la CSBM, d'environ deux points.

1 - Un surcoût significatif et croissant pour les ménages

La souscription d'une couverture santé complémentaire engendre pour les ménages un surcoût pouvant être estimé pour 2014 à 7 Md€ au moins par rapport au montant des dépenses de santé couvertes par ces contrats. Ce surcoût est lié essentiellement aux frais de gestion des organismes complémentaires (6,4 Md€) et, plus marginalement, à l'impact net du traitement fiscal et social des cotisations et primes d'assurance (0,6 Md€). Ce traitement comporte d'une part des avantages fiscaux et sociaux pouvant être évalués à 3,6 Md€ (voir *infra*), auxquels s'ajoutent 0,3 Md€ au titre de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS) accordée aux ménages modestes dont les ressources dépassent le plafond de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et, d'autre part, un prélèvement social de 4,5 Md€ au titre de la taxe de solidarité additionnelle (TSA).

Les prélèvements obligatoires sur les cotisations et primes d'assurance santé complémentaire

Le niveau net des prélèvements obligatoires que supportent les cotisations et primes d'assurance santé complémentaire a été alourdi de près de 3 Md€ entre 1998 et 2012. Les prélèvements sur le secteur de l'assurance complémentaire en santé affectés au fonds CMU-C pour financer la CMU-C et l'ACS ont été accrus de 1 Md€ en 2009 afin d'augmenter indirectement[149] les recettes de l'assurance maladie. Les taux de la taxe sur les conventions d'assurance applicable aux contrats de santé ont été relevés en 2011, pour un rendement de 2 Md€. Depuis 2016, cette taxe est désormais fusionnée avec les contributions des organismes complémentaires au fonds CMU-C. Compte tenu des hausses de prélèvements et de la diffusion croissante des assurances complémentaires, la nouvelle TSA opère un prélèvement de 4,5 Md€ en 2014, contre moins de 300 M€ en 2000.

[149] Transfert à l'assurance maladie de taxes auparavant affectées au fonds CMU-C et augmentation de la compensation par ce dernier aux organismes gestionnaires de la CMU-C, notamment ceux d'assurance maladie, des dépenses de prestations qu'ils ont prises en charge au titre de la CMU-C.

2 - Un soutien public important ciblé sur les contrats collectifs d'entreprise

Les aides publiques à la souscription d'un contrat d'assurance complémentaire santé peuvent être évaluées à plus de 3,5 Md€[150]. Elles concernent très majoritairement, soit pour 3 Md€, les seuls contrats collectifs. Leur souscription bénéficie d'un soutien public net de près de 1 Md€ en 2014 (soit la différence entre 3 Md€ d'avantages fiscaux et sociaux et 2 Md€ de taxation au titre de la TSA), tandis que les contrats individuels sont soumis à un prélèvement net de près de 2 Md€ (2,5 Md€ de TSA contre moins de 600 M€ d'aides publiques).

Le soutien public à la souscription d'assurances complémentaires[151]

Les cotisations et primes versées au titre des contrats collectifs obligatoires, dès lors que ces derniers respectent les critères des contrats « responsables » et « solidaires », bénéficient d'une exemption de cotisations sociales pour la part financée par l'employeur et d'une déductibilité de l'assiette de l'impôt sur le revenu (IR) pour la part prélevée sur le salaire brut. Au regard d'une assiette de cotisations et primes de 14,4 Md€ (TTC) au titre de ces contrats (2014), dont 54 % à la charge de l'employeur et 46 % à celle du salarié, l'avantage immédiat en termes de cotisations sociales s'élève à 2,4 Md€ et celui en termes d'IR à 0,6 Md€, soit 3,0 Md€ au total. À plus long terme, une partie des cotisations évitées réduit cependant les droits des salariés en matière de retraite. L'avantage social est alors diminué d'au plus 1,6 Md€.

L'avantage fiscal procuré aux travailleurs indépendants qui souscrivent des contrats d'assurance complémentaire a été estimé à 200 M€ par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) en 2013.

Le HCAAM a par ailleurs chiffré à 20 M€ le coût de l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance dont bénéficient les exploitants agricoles pour la souscription d'un contrat d'assurance complémentaire et à 50 M€ les subventions que l'État apporte aux mutuelles référencées pour recueillir les souscriptions des fonctionnaires.

L'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé individuelle (ACS), destinée aux assurés dont les ressources sont comprises entre 1 et 1,35 fois le plafond d'éligibilité à la CMU-C, représente quant à elle un coût de 290 M€.

[150] Compte non tenu de l'exclusion des cotisations et primes des contrats « responsables » et « solidaires » de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS) pour les organismes complémentaires. Cet avantage a été chiffré à 50 M€ en 2013 par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

[151] La plupart des données de ce développement sont issues du rapport « Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé », IGAS, avril 2016.

3 - Un soutien qui favorise indirectement la progression des dépassements d'honoraires et de tarifs

Le niveau des prises en charge sur dépassements de tarifs, notamment en soins dentaires et en optique, constitue un facteur essentiel de différenciation des offres des organismes complémentaires ainsi qu'un produit d'appel pour la négociation des contrats d'entreprise.

La concentration des aides publiques sur ces contrats, en en réduisant le coût à niveau donné de garantie, a pu ainsi favoriser l'élévation des garanties souscrites. Celles-ci ont à leur tour concouru à solvabiliser, pour leurs bénéficiaires, des dépassements croissants, notamment à travers la pratique de l'« ajustement »[152] et contribué ainsi à entretenir les hausses de tarifs par les professionnels de santé.

C - Des effets pervers en termes de mutualisation des risques, une protection incomplète contre les restes à charge

1 - Une solidarité financière de plus en plus limitée entre malades et bien-portants

a) Un effort financier des ménages qui croît fortement avec l'âge, et donc avec le risque de maladie

L'effort financier des ménages pour la couverture des dépenses de santé laissées à leur charge par l'assurance maladie obligatoire agrège leurs dépenses directes et leurs cotisations d'assurance complémentaire. Il dépend donc du niveau des garanties complémentaires (qui déterminent les dépenses laissées à la charge directe des ménages) et du niveau de tarification des contrats. Or, la tarification des contrats complémentaires, à niveau de garantie égal, conduit à des inégalités significatives entre assurés, selon qu'ils ont accès ou non à des contrats collectifs obligatoires d'entreprise, c'est-à-dire selon leur statut face à l'emploi.

[152] Cette pratique consiste, par exemple pour un distributeur en optique ou en audio-prothèses, à orienter le client vers le produit dont le prix correspond au maximum de remboursement prévu par son contrat complémentaire.

La DREES estime ainsi que les contrats individuels comportent en moyenne des cotisations supérieures de plus de 15 % à celles des contrats collectifs, à niveau de garantie et risque égal[153]. Cet écart rend compte à la fois de frais de gestion (publicité, démarchage) plus élevés pour les contrats individuels, mais aussi des efforts commerciaux consentis par les organismes complémentaires en faveur des contrats collectifs[154]. Ses effets sont amplifiés par le ciblage du soutien public sur les contrats collectifs : en 2014, ces derniers concentraient entre 70 % et 85 % des aides publiques, alors qu'ils ne représentaient que 44 % de la masse des cotisations et primes.

Les contrats individuels sont par ailleurs majoritairement tarifés en fonction de l'âge du souscripteur, qui constitue une variable fortement corrélée au risque de reste à charge élevé.

Tableau n° 50 : cotisation ou prime moyenne des contrats d'assurance complémentaire selon l'âge du souscripteur (2013)

En euros par mois

Niveau de couverture du contrat	A (le plus couvrant)	B	C	D	E (le moins couvrant)	Ensemble des contrats
Tarif à 20 ans des contrats individuels	37	43	33	33	30	33
Tarif à 40 ans des contrats individuels	60	67	51	50	44	51
Tarif à 60 ans des contrats individuels	94	99	74	76	68	76
Tarif à 75 ans des contrats individuels	131	139	84	104	91	95
Tarif des contrats individuels ne dépendant pas de l'âge	82	115	59	72	18	42
Tarif des contrats collectifs*	90	53	57	66	35	70

**Y compris éventuelle part employeur.*
Source : DREES, enquête statistique 2013 auprès des organismes complémentaires.

[153] DREES, Études et Résultats n° 789 (février 2012) sur les contrats les plus souscrits en 2009. Le risque est ici entendu comme l'âge du souscripteur, en cas de contrat individuel, ou l'âge moyen des souscripteurs, au sein d'un contrat collectif.

[154] En 2014, les contrats collectifs pris ensemble ont ainsi engendré une perte de 580 M€ pour les organismes complémentaires (soit 3,8 % des cotisations et primes), tandis que les contrats individuels ont dégagé un excédent de 875 M€ (soit 4,4 % des cotisations et primes).

Or, la majorité des personnes âgées de plus de 65 ans n'a accès qu'à des contrats individuels[155]. Elles font alors face, selon leur tranche d'âge, à des niveaux de cotisations ou de primes de plus en plus élevés.

Les modalités de tarification des contrats complémentaires conduisent ainsi à faire peser un effort contributif, en valeur absolue comme rapporté au revenu disponible, relativement plus élevé sur les assurés présentant statistiquement les risques de restes à charge les plus importants. Ce faisant, elles incitent ces derniers à réduire le niveau de leurs garanties, notamment s'agissant des dépassements de tarifs, et donc à accroître leur risque individuel de restes à charge élevés après assurance maladie obligatoire et assurance complémentaire.

Tableau n° 51 : poids des cotisations et primes et des restes à charge moyens sur revenu disponible par tranche d'âge

En %

	Cotisation ou prime d'assurance complémentaire* (1)	Reste à charge moyen après assurance maladie complémentaire (2)	Effort financier (1)+(2)
Assurés de 26 à 45 ans	2,9	0,6	3,5
Assurés de 46 à 55 ans	2,8	0,8	3,6
Assurés de 56 à 65 ans non retraités	2,8	0,9	3,7
Assurés de 56 à 65 ans retraités	3,7	1,2	4,9
Assurés de 66 à 75 ans	4,3	1,4	5,7
Plus de 75 ans	5,1	1,6	6,7

**Y compris éventuelle part employeur.*
Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES issues du modèle OMAR-Ines 2012 (y compris ménages bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS).

[155] Pensionnés ne bénéficiant pas du dispositif « Évin » de maintien des garanties liées au dernier contrat de travail à un prix plafonné à 150 % de celui appliqué aux salariés actifs dans l'entreprise au titre des parts employeur et salarié.

L'effort financier des assurés, qui rapporte la somme des cotisations et primes complémentaires et des restes à charge après assurance maladie obligatoire au revenu disponible[156], croît ainsi significativement avec l'âge.

b) Un risque de segmentation accru avec la généralisation de la couverture complémentaire d'entreprise

L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 et la traduction qui en a été donnée dans la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi visent à faire basculer quelques 4 millions de salariés d'un contrat d'assurance complémentaire santé individuel à un contrat collectif d'entreprise cofinancé par l'employeur (à hauteur de la moitié au moins de la cotisation ou de la prime).

Ce basculement, en faisant passer des assurés plutôt jeunes d'une couverture individuelle à une couverture collective, pourrait augmenter l'âge moyen des souscripteurs de contrats individuels, c'est-à-dire leur profil de risque, et accroître ainsi l'écart de coût moyen entre contrat individuel et contrat collectif. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a prévu à cet égard la mise en œuvre d'une procédure de labellisation des contrats d'assurance complémentaire individuels pour les plus de 64 ans afin d'atténuer les incidences de la généralisation sur le niveau des cotisations et primes supportées par les assurés les plus âgés. Une partie de la baisse de leur montant serait cependant liée à la mise en place d'un crédit d'impôt, correspondant à 1 % de la cotisation ou de la prime[157] et attribué sans condition de ressources.

[156] Le revenu disponible, net des prélèvements sociaux, prend par conséquent en compte le fait que les retraites sont exonérées ou supportent un taux de CSG réduit par rapport à celui applicable aux revenus d'activité.

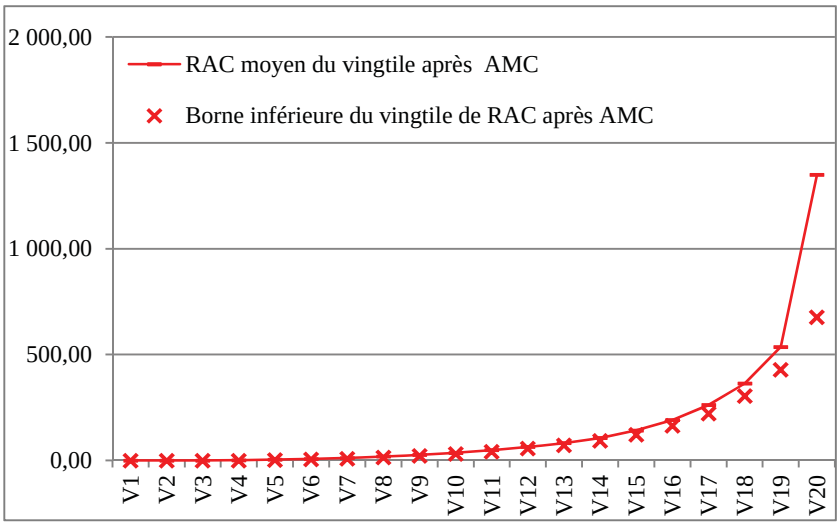
[157] Par une réduction de 1 point du taux de la TSA (qui s'élève à 13,27 % pour les contrats responsables), équivalent environ à 10 € par an, aux niveaux moyens atteints aujourd'hui par les cotisations et primes versées par les plus de 65 ans pour leur assurance complémentaire santé.

2 - La persistance de restes à charge importants même après intervention d'une assurance complémentaire

L'intervention des assurances complémentaires n'empêche pas l'occurrence de restes à charge élevés.

Le taux de couverture par les organismes complémentaires des restes à charge demeurant après assurance maladie obligatoire est décroissant avec le niveau initial de ces derniers. Ce phénomène est notamment lié à une plus forte proportion des dépassements au sein des restes à charge les plus élevés, ces dépassements étant en moyenne moins bien couverts par les organismes complémentaires que les restes à charge sur dépense opposable. Selon la DREES, 5 % des assurés avaient en 2012 un reste à charge supérieur à 670 € par an après assurance maladie complémentaire, dont le montant moyen s'élevait à plus de 1 300 €.

Graphique n° 13 : distribution des restes à charge après assurance maladie complémentaire



Note de lecture : V20 (dernier vingtile) correspond aux 5 % d'assurés ayant les restes à charge annuels les plus élevés après assurance maladie complémentaire.
Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES issues du modèle OMAR-Ines 2012.

⁂

Le recours croissant des assurés sociaux aux assurances complémentaires santé pour couvrir leurs restes à charge après assurance maladie obligatoire engendre des surcoûts significatifs pour les ménages eux-mêmes comme pour les finances publiques, tout en laissant des sommes parfois importantes à leur charge directe. Les conditions financières d'accès à ces couvertures complémentaires, compte tenu notamment du ciblage des aides publiques sur les contrats collectifs d'entreprise, sont très hétérogènes, au détriment notamment des contrats individuels. Les modes de tarification des organismes complémentaires désavantagent en particulier les personnes les plus âgées.

III - Un système de prises en charge à réexaminer

L'érosion masquée des niveaux de remboursement des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire et l'accroissement des écarts de traitement qu'ils entraînent entre catégories d'assurés compromettent, sans que ces évolutions soient clairement perçues, la capacité de la sécurité sociale à assurer une protection suffisante et équitable contre le risque de la maladie.

Par nature, les couvertures complémentaires, qui mutualisent le risque dans le cadre étroit des populations de souscripteurs des différents contrats d'assurance, ne sont pas susceptibles de pallier les défauts de la protection procurée par l'assurance maladie obligatoire. Le *statu quo* conduirait ainsi à se résigner à un affaiblissement insidieux des principes fondamentaux de solidarité sur lesquels a été fondée la sécurité sociale.

Rehausser le niveau et la qualité de la protection offerte par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires nécessite de fait des évolutions importantes. Différents scénarios sont envisageables, selon l'ampleur des améliorations qu'il peut être souhaité d'apporter à la situation actuelle, la nature des champs d'intervention privilégiés et la profondeur des horizons temporels visés. À titre illustratif, trois familles de scénarios ont été plus spécifiquement analysées par la Cour : la première porte sur l'amélioration de l'accessibilité financière des soins dans le cadre actuel, la seconde redéfinit à moyen terme les domaines d'intervention respectifs de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires, la troisième, à plus long terme, envisage une refonte du système de prise en charge des dépenses de santé avec l'instauration d'un plafonnement des restes à charge par l'assurance maladie obligatoire.

A - Le scénario de l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins dans le cadre actuel

Sans remettre en cause les périmètres d'intervention respectifs de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires, l'effort prioritaire et indispensable à conduire consiste dans une maîtrise beaucoup plus rigoureuse et plus active de la dépense de santé elle-même. Ainsi que la Cour l'illustre chaque année dans ses différents rapports sur la sécurité sociale, les marges d'efficience et d'économies sont considérables dans différents secteurs du système de soins, dans un contexte où la France se distingue par un taux des dépenses de santé par rapport au PIB parmi les plus élevées au monde (10,9 % en 2013[158]) et n'est dépassée que par l'Allemagne, la Suède, la Suisse, les Pays-Bas et les États-Unis[159].

Plusieurs pistes d'évolution pourraient être envisagées par ailleurs afin de réduire les écarts de traitement entre assurés sociaux à niveau identique de dépenses, de limiter les risques de restes à charge trop élevés et d'accroître la solidarité financière entre les assurés.

1 - La réduction des inégalités de traitement dans les prises en charge de l'assurance maladie obligatoire

Sans bouleverser le système de prise en charge des dépenses de santé, des évolutions pourraient être engagées afin de le simplifier et traiter de manière plus équitable les assurés à niveau identique de dépenses opposables, en réduisant l'hétérogénéité des règles de participations financières suivant les types de soins ou les catégories d'assurés.

[158] Les dépenses de santé en comparaisons internationales ont un périmètre plus large que la consommation totale de soins et biens médicaux (voir note 229 *infra*).
[159] Cf. rapport de la DREES sur les dépenses de santé en 2014 (édition 2015).

a) Une harmonisation des assiettes des tickets modérateurs à l'hôpital à coût constant pour l'assurance maladie

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a repoussé à 2020 le basculement de l'assiette des tickets modérateurs à l'hôpital public des tarifs journaliers de prestations sur les tarifs nationaux des groupes homogènes de soins (GHS), faisant ainsi perdurer des écarts de coût de 1 à 10 au titre d'un même type de séjour en fonction de l'établissement dans lequel les patients sont hospitalisés.

Cette réforme est appelée à s'inscrire dans un cadre de stricte neutralité financière pour l'assurance maladie obligatoire. Suivant l'estimation de la DGOS, le passage aux tarifs des GHS réduirait en effet de 1 Md€ le rendement global des tickets modérateurs à l'hôpital. Dès lors que ces derniers sont le plus souvent pris en charge par les organismes complémentaires, cette harmonisation progressive des tickets modérateurs entre tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, devrait s'accompagner notamment de mesures de transfert des assurances complémentaires vers l'assurance maladie obligatoire. Par ailleurs, les transferts de ressources entre établissements qui en résulteraient appellent nécessairement des mesures de transition. Cette réforme est ainsi à engager rapidement sans attendre l'horizon 2020.

b) Réexaminer les règles spécifiques de prise en charge des dépenses de santé propres à certains régimes spéciaux de sécurité sociale

L'intégration financière de l'ensemble des régimes d'assurance maladie au régime général à partir de 2016 pourrait conduire à reposer, sous l'angle de l'équité, la question des exonérations totales ou partielles de ticket modérateur propres à certains régimes spéciaux (voir *supra*). À tout le moins, il conviendrait d'assurer, dans les annexes aux projets annuels de loi de financement de la sécurité sociale, une transparence des coûts spécifiques liés à ces règles dérogatoires.

2 - Le déploiement d'outils visant à limiter les dépassements d'honoraires et de tarifs

Dans les secteurs à liberté tarifaire, une maîtrise accrue des restes à charge devrait reposer prioritairement sur la recherche d'une limitation de la dépense de santé elle-même À cette fin, un encadrement accru des niveaux de prise en charge complémentaire et, plus directement, des niveaux de dépassements d'honoraires, devrait être envisagé.

a) L'encadrement des niveaux de couverture complémentaire par les contrats « responsables »

À l'instar des plafonds de prise en charge déjà prévus, pour les contrats « responsables », en matière de dépassement d'honoraires par les médecins et d'équipement optique, les principaux secteurs à liberté tarifaire pourraient tous faire l'objet d'une limitation des niveaux de remboursement par les assurances complémentaires santé, en contrepartie de l'application à celles-ci du taux réduit de la taxe de solidarité additionnelle (13,27 % contre 20,27 % pour les autres contrats).

Ce plafonnement des garanties d'assurance devrait intervenir en priorité dans deux secteurs : les soins dentaires prothétiques et orthodontiques, pour lesquels la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 l'a d'ores et déjà autorisé, et, comme la Cour l'a déjà recommandé[160], les prothèses auditives.

L'intervention des pouvoirs publics constituerait au demeurant une incitation supplémentaire au développement par les organismes complémentaires des réseaux de soins, qui favorisent la modération des tarifs pratiqués par les professionnels de santé.

b) L'encadrement des dépassements d'honoraires

Les mesures prises jusqu'à présent pour limiter les dépassements d'honoraires par les médecins du secteur 2, de nature contractuelle, se sont essentiellement traduites par des transferts de financement entre ménages et assurance maladie : la maîtrise des dépassements a en effet donné lieu à des contreparties en termes de majorations des tarifs opposables et de prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie[161]. La création du contrat d'accès aux soins, visant à limiter le niveau des dépassements pratiqués par leur signataire, s'il a eu un certain effet de modération dans la période récente, s'est également accompagnée de l'autorisation donnée aux médecins signataires de secteur 1 de

[160] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre XIV : la prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses, p. 393-420, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

[161] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre VIII : les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficience de la dépense, p. 231-256, La Documentation française, septembre 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

pratiquer des dépassements d'honoraires dans les mêmes conditions que les médecins de secteur 2 signataires de ce contrat[162].

Parallèlement, les pouvoirs publics se sont privés d'un levier de maîtrise des restes à charge sur les soins bucco-dentaires en supprimant les tarifs limites des actes prothétiques les plus fréquents, tandis que les mesures de revalorisation des actes conservateurs n'ont pas conduit les chirurgiens-dentistes à réduire les niveaux de leurs dépassements sur les soins prothétiques[163]. Un encadrement plus contraignant des taux de dépassement pourrait emprunter plusieurs voies possibles, comme la réintroduction de tarifs-limites pour les soins prothétiques dentaires ou l'extension des contrats d'accès aux soins institués pour les centres de santé dentaires aux chirurgiens-dentistes exerçant en cabinet libéral.

Pour l'ensemble des praticiens, les dépassements excessifs devraient être sanctionnés de manière plus systématique, en particulier sous la forme d'un déconventionnement temporaire ou définitif.

3 - La réduction des inégalités dans les conditions financières d'accès aux couvertures complémentaires

La segmentation des risques en vue de les tarifer de manière distincte est au cœur des principes assurantiels. Afin de ne pas pénaliser l'accès aux soins des personnes à l'état de santé dégradé, les pouvoirs publics ont cherché à limiter la sélection des assurés par les assurances complémentaires en encourageant la souscription de contrats « solidaires », pour lesquels l'assureur ne peut recueillir aucune information *a priori* sur l'état de santé du souscripteur.

Cependant, la tarification des contrats d'assurance complémentaire intègre une partie du risque statistique propre à leurs souscripteurs en prenant en compte leur âge (s'agissant des contrats souscrits à titre individuel, ou bien la moyenne d'âge au sein de l'entreprise pour les contrats collectifs) et les résultats de l'auto-distribution des souscripteurs en fonction des natures et niveaux de garanties qui leur sont proposés. En affichant leurs préférences, les souscripteurs de contrats d'assurance dévoilent en effet une partie des caractéristiques de leur état de santé. Les possibilités de segmentation tarifaire des contrats qui en résultent ont notamment pour effet de renchérir le coût d'accès à une couverture complémentaire de qualité au-delà d'un certain âge (voir *supra*).

[162] Les médecins de secteur 1 représentaient fin 2015 près d'un tiers des signataires de contrats d'accès aux soins.

[163] Voir le chapitre VI du présent rapport : les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder.

La labellisation des contrats d'assurance complémentaire souscrits à titre individuel par les personnes de plus de 64 ans prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 vise à atténuer les incidences financières possibles sur cette population de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Sous réserve de son effectivité[164], l'impact de cette mesure, retenue en lieu et place de la sélection des contrats initialement proposée par le gouvernement sur le modèle de celle pratiquée avec succès pour l'ACS, devra être apprécié à l'aune de l'évolution des cotisations et primes supportées par les retraités.

Toutefois, la segmentation croissante des souscripteurs de contrats d'assurance complémentaire santé entre de multiples compartiments de risques et de niveaux d'aides publiques est de nature à accentuer les écarts de tarification.

a) Un ciblage des aides publiques à reconsidérer

Des dispositifs distincts d'aides publiques à la couverture complémentaire santé s'appliquent en fonction des populations concernées : salariés du secteur privé, travailleurs indépendants, exploitants agricoles, agents de l'État, des collectivités territoriales et des hôpitaux, ménages aux revenus modestes (CMU-C et ACS) et désormais assurés de plus de 64 ans.

L'intensité du soutien public est de fait très inégale entre ces différentes populations (voir *supra*) et ne tient en particulier pas compte des niveaux relatifs de tarification pratiqués par les organismes complémentaires en fonction de la typologie des souscripteurs, à niveau identique de garanties. La Cour a déjà eu l'occasion, en 2011, de s'interroger sur la pertinence du ciblage de ces avantages[165]. Au regard de

[164] L'échec de la labellisation des contrats souscrits par les titulaires de l'ACS a conduit à l'instauration d'une procédure de sélection des contrats destinés à cette autre population (loi de financement de la sécurité sociale pour 2014), appliquée pour la première fois en 2015. Voir Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre XII : l'accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler, septembre 2015, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

[165] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XI : les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire, La Documentation française, septembre 2011, disponible sur www.ccomptes.fr.

ces constats, une réorientation des aides publiques devrait être étudiée, en direction notamment des contrats d'assurance souscrits par les assurés présentant, du point de vue des organismes complémentaires, les risques les plus élevés.

b) L'hypothèse d'une couverture complémentaire obligatoire pour la totalité de la population

La généralisation de la couverture complémentaire santé engagée par les pouvoirs publics demeure en tout état de cause à ce jour inaboutie, malgré son caractère déterminant pour l'accès aux soins : entre 3 % et 4 % de la population demeure non couverte à l'issue de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise.

Cette généralisation a été au demeurant opérée en juxtaposant des dispositifs distincts obéissant à des logiques différentes : dispositif public se substituant très majoritairement à l'assurance privée (CMU-C), subvention individuelle à un nombre limitatif de contrats individuels d'assurance (ACS), référencement de contrats individuels (fonctionnaires), labellisation de contrats individuels (personnes âgées de plus de 64 ans), socles de garanties et de financement par les employeurs fortement subventionnés (complémentaires santé d'entreprise pour les salariés), plafonnement de la hausse des garanties pour les anciens salariés (dispositif « Évin »), déduction fiscale des primes et cotisations des travailleurs indépendants (dispositif « Madelin »).

N'est cependant pas couverte par un dispositif particulier une catégorie qui présente un profil généralement fragile sur un plan social : les inactifs en âge de travailler, notamment les chômeurs de longue durée, dont les ressources excèdent le plafond de ressources de l'ACS.

En outre, cette juxtaposition de dispositifs ne conduit pas à mutualiser suffisamment les risques entre les assurés sociaux pris dans leur ensemble. Lorsque la couverture santé est assurée par une pluralité d'organismes en concurrence, une telle mutualisation ne peut en réalité s'opérer qu'à la condition d'imposer une obligation d'affiliation et de décourager la sélection des risques. L'Allemagne et les Pays-Bas mettent en œuvre des dispositifs de cette nature pour leur assurance maladie de base organisée dans un cadre concurrentiel.

La mutualisation des risques en Allemagne et aux Pays-Bas

La question de la sélection des risques, et les problèmes qu'elle soulève en termes d'égalité des conditions financières d'accès à l'assurance des risques maladie, a donné lieu à des solutions similaires en Allemagne et aux Pays-Bas. Dans les deux cas, il s'agissait de décourager cette sélection par des caisses d'assurance en concurrence entre elles pour gérer la couverture maladie de base et recueillir l'affiliation des assurés.

Les caisses doivent proposer des tarifs uniques portant sur des contrats aux garanties standardisées. En contrepartie, une péréquation financière est mise en œuvre entre caisses. Les transferts sont fonction du portefeuille de risque de chacune d'elles et, notamment, de l'âge moyen des souscripteurs.

Le caractère obligatoire de l'affiliation à une caisse d'assurance pour l'ensemble de la population maximise l'effet de mutualisation au bénéfice des assurés ayant un risque de santé élevé.

Appliquer aux couvertures complémentaires françaises les solutions retenues en Allemagne et aux Pays-Bas conduirait à créer un régime complémentaire santé à caractère obligatoire. Un régime de cette nature comporterait des analogies avec les régimes de retraite complémentaire des salariés : la péréquation financière à mettre en œuvre entre les organismes complémentaires jouerait un rôle identique à la solidarité financière entre l'ensemble des institutions de retraite complémentaire gestionnaires des régimes AGIRC et ARRCO.

Bien qu'obligatoire pour l'ensemble de la population, un tel régime ne serait pas *ipso facto* requalifié en tant qu'administration publique en comptabilité nationale[166]. En effet, les assurés sociaux conserveraient le choix de leur organisme d'assurance et le marché de l'assurance complémentaire demeurerait ouvert à une pluralité d'opérateurs. De surcroît, il pourrait être envisagé d'instaurer non un régime complémentaire unique, mais plusieurs niveaux de garanties comprises dans un éventail relativement étroit.

En tout état de cause, la généralisation de la couverture complémentaire santé à l'ensemble de la population accentuerait l'interrogation qui s'attache à l'efficience du système mixte en vigueur de

[166] Une requalification conduirait à afficher en dépenses publiques et en prélèvements obligatoires les remboursements de dépenses de santé effectués par les organismes complémentaires et les primes et cotisations versés à ces derniers par les assurés et par les employeurs de salariés, avec un impact voisin de 25 Md€, soit 1,2 point de PIB.

couverture à deux étages - assurance maladie obligatoire et assurances complémentaires subventionnées - des mêmes dépenses de santé exposées par les assurés sociaux. En effet, ce système consiste en une prise en charge quasi intégrale des participations financières demandées aux assurés sociaux dans la limite des tarifs opposables de l'assurance maladie, pour un coût de gestion dédoublé par rapport à celui des seuls organismes d'assurance maladie. Ce dernier inconvénient disparaîtrait dans l'éventualité où l'assurance maladie et les assureurs complémentaires cesseraient de prendre en charge le même « panier de soins », mais des « paniers » distincts, comme examiné ci-après.

B - Le scénario de décroisement des responsabilités et des financements entre assurance maladie obligatoire et assurances complémentaires

Dans une approche plus large et de moyen terme, le champ d'intervention de l'assurance maladie obligatoire pourrait être réexaminé. L'assurance maladie et les assurances complémentaires interviennent en effet conjointement sur un « panier de soins » remboursables souvent plus large que dans les autres pays européens.

Pour l'assurance maladie obligatoire, l'objectif pourrait consister, en resserrant le « panier de soins » remboursables, à réinvestir dans les domaines les plus essentiels et à mieux financer le progrès médical. Alors qu'un désengagement rampant de l'assurance maladie est à l'œuvre depuis plusieurs années, des choix clairs de domaines d'intervention qui ne seraient plus intriqués avec ceux des assurances complémentaires permettraient d'améliorer l'équité financière dans l'accès aux soins.

Pour les assurances complémentaires, ce décroisement de financements leur permettrait d'exercer des responsabilités au premier euro sur des champs d'intervention clarifiés, ce qui leur donnerait les moyens de développer une véritable gestion des risques.

1 - Une amélioration à rechercher des taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire sur un périmètre plus resserré

Plusieurs pays européens ont fait le choix d'un pilotage plus dynamique du « panier de soins » remboursables par l'assurance maladie obligatoire qui aboutit à un champ plus resserré qu'en France. L'Allemagne a notamment sorti du périmètre de la prise en charge de l'assurance légale, depuis 2003, les dépenses d'optique pour les plus de 18 ans, les prothèses dentaires, les médicaments sans ordonnance et une

partie des transports sanitaires. En revanche, pour les dépenses remboursées les taux de remboursement y sont nettement supérieurs à ceux de l'assurance maladie en France : ainsi les honoraires médicaux sont remboursés à 95,3 % contre 71 % en France et les médicaments à 94,5 % contre 76,4 %[167].

De fait, l'efficacité de la dépense publique de santé pourrait être renforcée par une définition plus resserrée du « panier de soins », en l'adaptant régulièrement aux résultats des évaluations médico-économiques ainsi qu'au progrès technique et à l'apparition de nouveaux traitements.

Dans ce cadre, la question du maintien d'une prise en charge pour les médicaments à service médical rendu faible aujourd'hui remboursés à 15 % (soit plus de 150 M€) pourrait être en particulier posée. Ce réexamen pourrait plus largement être étendu aux catégories de dépenses pour lesquelles l'intervention de l'assurance maladie est devenue très minoritaire et sa capacité de régulation très réduite, comme la Cour en a déjà évoqué l'éventualité en matière d'optique correctrice[168], dans le contexte alors d'un nouveau partage des rôles entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire (voir *infra*). Plusieurs pays européens ont de fait exclu tout ou partie de l'optique du « panier de soins » remboursables par l'assurance maladie obligatoire : l'optique pour les plus de 18 ans n'est pas remboursée en Allemagne, toute l'optique est exclue du « panier de soins » aux Pays-Bas et seules certains types de correction sont pris en charge en Belgique et au Royaume-Uni.

S'agissant des soins dentaires, le système de prise en charge se caractérise par un taux de participation de l'assurance maladie obligatoire fortement décroissant avec le prix des actes : les soins conservateurs sont ainsi pris en charge à plus de 70 %, tandis que les soins prothétiques ne le sont en moyenne qu'à 18 %. Une réarticulation des interventions respectives de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires pourrait être recherchée selon des critères combinant types de soins et catégories d'assurés[169].

---

[167] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre XVI : les systèmes d'assurance maladie en France et en Allemagne, p.589-634, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

[168] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre XIV : la prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

[169] Voir le chapitre VI du présent rapport : les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder.

La question pourrait aussi se poser de confier aux organismes complémentaires le financement d'une partie des transports sanitaires, comme en Allemagne, voire de certaines cures thermales.

Sur un « panier de soins » remboursables resserré, à dépenses publiques constantes, le niveau de prise en charge de certains soins pourrait être réévalué. Un tel mouvement de décroisement des financements induirait en effet des transferts vers les organismes complémentaires qui pourraient atteindre des montants significatifs, en fonction des champs de dépenses retenus[170]. Il conviendrait alors d'étudier les moyens de neutraliser ces transferts pour l'assurance maladie obligatoire comme pour les assurances complémentaires, notamment par une hausse des taux de prise en charge de l'assurance maladie sur le « panier de soins » remboursables ainsi réduit : par exemple sur les actes de prévention et les soins conservateurs dentaires[171]. Dans ce cadre, le maintien des tickets modérateurs à l'hôpital pourrait être reconsidéré.

La suppression des tickets modérateurs à l'hôpital

Une hospitalisation étant rarement choisie, les tickets modérateurs à l'hôpital ne peuvent pas avoir pour fonction de freiner la consommation de soins hospitaliers. Leur suppression ne remettrait pas en cause la responsabilisation financière des patients sur leur demande de soins. En revanche, elle résoudrait de fait les problèmes d'équité que posent aujourd'hui leurs modalités de calcul (voir *supra*).

À masse de dépenses publiques constante, et à titre illustratif, la suppression des tickets modérateurs et participations forfaitaires à l'hôpital (y compris en soins de suite et réadaptation et psychiatrie), soit un montant de près de 3,8 Md€, pourrait être financée par l'instauration d'une franchise globale d'environ 60 € sur les dépenses de soins de ville (au-delà de toutes les participations déjà existantes).

Cependant, cette suppression pourrait aussi être considérée dans le cadre d'un resserrement du « panier de soins » remboursables et des décroisements de financement entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires. En se désengageant de certaines dépenses, l'assurance maladie pourrait trouver des marges de manœuvre à cet effet.

[170] À titre d'illustration, les prises en charge de l'assurance maladie obligatoire s'élèvent aujourd'hui à 300 M€ au titre de l'optique et des audio-prothèses, 940 M€ au titre des soins prothétiques dentaires, 4,1 Md€ au titre des transports sanitaires, plus de 250 M€ au titre des cures thermales.

[171] Voir le chapitre VI du présent rapport : les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, des prises en charge à refonder.

2 - Une responsabilité des organismes complémentaires à renforcer dans la gestion des risques sur les secteurs dont l'assurance maladie se désengagerait

Sur les secteurs transférés par l'assurance maladie, les organismes complémentaires deviendraient seuls financeurs au premier euro et seuls responsables de la gestion des risques et de la maîtrise de la dépense. Le décroisement des financements implique en effet nécessairement la clarification de responsabilités aujourd'hui brouillées entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires au détriment de la lisibilité du système de soins et de son accessibilité financière.

Dans ce nouveau contexte, le rôle et les compétences de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM)[172] devraient être très substantiellement redéfinis. Alors que celle-ci n'a pas su trouver la place que la loi de 2004 entendait lui donner dans la négociation des conventions avec les professions libérales de santé[173], elle devrait être reconnue pleinement comme un acteur à part entière de la régulation du système de soins.

À ce titre, elle devrait notamment recevoir complète autorité pour négocier avec les professionnels de santé, dans les secteurs où l'assurance maladie obligatoire n'interviendrait plus, les accords à même de permettre d'optimiser les dépenses en termes de pilotage des rémunérations, d'accès et d'organisation des soins et de maîtrise médicalisée des dépenses. À cette fin, elle devrait pouvoir accéder, dans des conditions strictement définies, aux données pertinentes du système national inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM)[174],

[172] L'UNOCAM, créée sous forme associative en 2005 à la suite de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie qui en prévoyait la mise en place, fédère les trois grands types d'organismes complémentaires : mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance.

[173] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre VIII : les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficience de la dépense, p. 231-256, La Documentation française, septembre 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

[174] Sur le SNIIRAM, voir Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale*, Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie : une utilisation à développer, une sécurité à renforcer, mars 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

C - Le scénario d'une refondation des modalités de prise en charge de l'assurance maladie obligatoire

À un horizon de plus long terme, une refonte beaucoup plus large des modalités de prise en charge de l'assurance maladie obligatoire pourrait être envisagée pour renforcer durablement le degré de protection des assurés contre le risque maladie. Elle consisterait à supprimer le risque de reste à charge élevé après assurance maladie obligatoire en instaurant un plafonnement de ces restes à charge, à l'instar de nombreux pays européens (Allemagne, Autriche, Belgique, Pays-Bas, Norvège, Suède et Suisse).

1 - Un plafonnement des restes à charge dans le cadre même de l'assurance maladie obligatoire

Le mouvement de généralisation des couvertures complémentaires et les nouveaux critères définissant les contrats « responsables » visent à réduire pour les assurés les risques de reste à charge trop élevé sur dépenses opposables (hors dépassements). Cependant, si l'hétérogénéité des conditions financières d'accès aux couvertures complémentaires ne trouvait pas de solution satisfaisante (voir *supra*), les personnes les plus à risque, en fonction de leur âge, continueraient à supporter un effort financier élevé pour se protéger convenablement.

Plafonner les restes à charge par une prise en charge à 100 % au-delà d'un certain seuil de dépense individuelle, permettrait en revanche de couvrir les risques de reste à charge élevé dans le cadre fortement mutualisé de l'assurance maladie obligatoire.

Plusieurs modes de définition d'un tel plafond sont envisageables, comme le montrent les exemples des pays étrangers qui ont mis en œuvre un tel dispositif. Il peut en effet s'agir d'un plafond en valeur absolue (cas des Pays-Bas) ou d'un plafond fixé en fonction des revenus de l'assuré (cas de l'Allemagne ou de la Belgique). La modalité de fixation du plafond peut en outre être identique pour toutes les catégories d'assurés ou différenciée selon les patients (cas des malades chroniques en Allemagne, pour lesquels le plafond est abaissé de 2 à 1 % du revenu).

La neutralité financière d'une telle réforme sur l'assurance maladie supposerait en tout état de cause, en contrepartie de l'instauration du plafonnement des restes à charge, d'augmenter les participations financières des ménages en deçà du plafond retenu. Cette augmentation pourrait emprunter plusieurs voies. L'une d'elles pourrait consister à augmenter le niveau des taux de tickets modérateurs de droit commun, sans remettre en cause les exonérations existantes. Une autre voie viserait à accroître le rendement des tickets modérateurs par la suppression des exonérations, notamment celles bénéficiant aux patients en affection de longue durée, comme l'hypothèse en a été avancée par la direction générale du Trésor[175]. Une autre possibilité serait d'instaurer une franchise générale sur les premières dépenses : jusqu'à un certain seuil, les assurés financeraient intégralement leurs dépenses de santé, comme notamment aux Pays-Bas.

Ces pistes ne sont du reste pas exclusives les unes des autres. Selon le niveau de plafond envisagé, de nombreuses combinaisons sont possibles, à dépenses publiques constantes, associant taux de ticket modérateur, niveau de franchise et remise en cause éventuelle des exonérations.

2 - Des effets redistributifs à prendre attentivement en considération

Pour illustrer certains des enjeux attachés au choix des paramètres d'une telle réforme, et uniquement sur les soins de ville, la Cour a simulé, à partir des données statistiques fournies par la CNAMTS sur la base de l'échantillon général des bénéficiaires 2013[176], différentes hypothèses de plafond, et de modalités de son financement, à masse financière inchangée de restes à charge.

[175] Lettre Trésor-Éco n° 145 d'avril 2015 « *Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des affections de longue durée (ALD) ?* ».

[176] L'échantillon général des bénéficiaires (EGB) est un extrait au 1/10ème (soit 600 000 personnes) du Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM).

Effets de différents niveaux de plafonnement des restes à charge sur dépenses remboursables en soins de ville

Ces simulations ont pour hypothèses communes, dans un souci de simplifier l'illustration, la suppression de toutes les exonérations, y compris celles relatives aux affections de longue durée, des « franchises » et participations forfaitaires et, enfin, l'harmonisation des taux de tickets modérateurs entre toutes les catégories de dépenses. Trois scénarios de plafonnement ont été simulés :

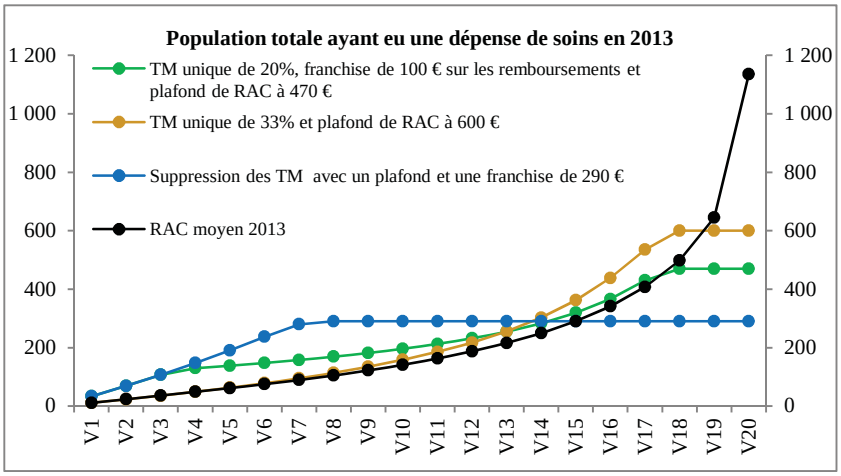
- l'instauration d'un plafond de restes à charge (RAC) de 470 €, financée par une franchise annuelle de 100 € sur les remboursements normalement effectués par l'assurance maladie obligatoire au-delà du ticket modérateur de 20 % ;

- l'instauration d'un plafond de RAC de 600 €, financée par un taux de ticket modérateur porté à 33 %, sans franchise ;

- un plafond et une franchise confondus, sans tickets modérateurs, dont le niveau serait alors de 290 €.

Graphique n° 14 : distribution des restes à charge en soins de ville au titre de différents types de refonte des participations des ménages

En € par an



Note de lecture : Pour les 5 % assurés dont les dépenses de santé se situent dans le 10ème vingtile (V10, c'est-à-dire ceux pour lesquels 50 % de la population a une dépense de santé supérieure et 45 % une dépense de santé inférieure), le RAC annuel moyen était de 140 € en 2013. En cas de suppression des TM et d'introduction d'un plafond et d'une franchise tous deux égaux à 290 €, leur RAC annuel maximal passerait à 290 €. Pour leur part, les 5 % d'assurés du 19ème vingtile (V19) n'auraient plus un RAC annuel moyen de 600 €, mais un RAC annuel maximal de 290 €.
Source : Cour des comptes à partir de données de la CNAMTS issues de l'EGB 2013

a) Une solidarité financière accrue entre malades et bien portants

Ces simulations confirment l'intérêt d'un plafonnement pour accroître le degré de solidarité financière entre malades et bien portants. En considérant que le niveau de dépense indique l'état de santé, il apparaît que les assurés les moins bien portants, soit les 5 % d'assurés qui supportent les niveaux de dépense les plus élevés, verraient dans tous les cas leur reste à charge moyen diminuer en cas de plafonnement, cette diminution pouvant atteindre jusqu'à 55 % en cas de franchise confondue avec un plafond de 290 €.

Tableau n° 52 : effets redistributifs des différents scénarios illustratifs du plafonnement des restes à charge en soins de ville

En € par an

	RAC moyen ALD	RAC moyen non-ALD	RAC moyen des 5 % d'assurés ayant les dépenses les plus élevées
Situation actuelle	327	223	671
Ticket modérateur (TM) de 20 % non plafonné	+416	-89	+161
TM de 20 %, plafond de 470 € et franchise de 100 €	+64	-13	-211
TM de 33 % et plafond de 600 €	+150	-30	-87
Franchise de 290 €	-43	+9	-381

Source : Cour des comptes à partir de données de la CNAMTS issues de l'EGB 2013.

b) Une extrême vigilance à porter aux effets sur les assurés en affection de longue durée

Ces simulations illustrent aussi le fait qu'un plafonnement associé à une suppression des exonérations liées à une ALD, tel que préconisé par l'étude précitée de la direction générale du Trésor, pourrait dans certains cas pénaliser les patients en ALD, notamment ceux qui n'atteindraient pas le plafond. En effet, pour un plafond de 600 € indépendant du revenu des assurés, les patients en ALD pourraient perdre en moyenne jusqu'à 150 € par an. En revanche, pour un plafond inférieur à 400 €, le reste à charge moyen des assurés en ALD ne serait pas significativement affecté. Un plafond confondu avec une franchise, au niveau de 290 € par an, serait en moyenne favorable à cette catégorie de patients.

La fixation du niveau de plafond devrait ainsi impérativement tenir compte des effets sur les patients en ALD, si ce plafonnement s'accompagnait d'une suppression des exonérations et n'était pas différencié en fonction de la présence ou non d'une affection de longue durée. La mise en place d'un plafond indépendant des revenus pourrait notamment, selon les résultats d'une étude réalisée par la DREES en 2008, pénaliser plus particulièrement les patients en ALD aux revenus les plus modestes (entre 1 et 1,3 fois le plafond de la CMU-C), qui subiraient alors les plus fortes augmentations de restes à charge rapportées à leurs revenus[177]. L'introduction d'une modulation du plafonnement en fonction du revenu, comme pratiqué en Allemagne, atténuerait cet effet, tout en marquant une évolution sensible par rapport au principe originel de l'assurance maladie, suivant lequel les remboursements sont indépendants des ressources[178].

Des modalités de prise en charge des affections de longue durée à réexaminer dans le cadre d'un plafonnement des restes à charge

L'existence des exonérations de ticket modérateur pour les assurés en ALD constitue l'un des principaux facteurs de différence de traitement entre les assurés qui exposent de mêmes niveaux de dépenses. Cependant, à dépenses publiques inchangées et toutes choses égales par ailleurs, la suppression de ces exonérations conduirait à accroître de 130 % le reste à charge annuel moyen des patients concernés sur les seuls soins de ville (soit un reste à charge passant de 327 € à 743 €, selon les simulations présentées dans l'encadré *supra*).

En revanche, le plafonnement des restes à charge permettrait d'atténuer fortement les conséquences qu'aurait la suppression des exonérations liées aux ALD sur les restes à charge de ces patients (voir résultats des simulations *supra*).

Aussi, la mise en place d'un plafonnement permet-elle de poser la question d'une suppression des exonérations liées aux ALD, telle que suggérée par la direction générale du Trésor. Il demeurerait cependant possible de traiter de manière différenciée les assurés ayant une ALD, en modulant à la hausse le niveau du plafond applicable à leurs dépenses, comme en Allemagne.

[177] Pour un plafond de 450 € par an et un taux de ticket modérateur de 33,3 %, la suppression des exonérations ALD aurait fait passer, en 2007, de 2,6 à 5 % le reste à charge de ces patients rapporté à leur revenu.

[178] La portée de ce principe est amoindrie depuis 2000 par l'existence de la CMU-C, qui fait bénéficier de majorations de prise en charge de leurs dépenses de santé les assurés dont les ressources sont inférieures à un certain plafond (5,1 millions de bénéficiaires à fin 2014).

c) Des conséquences à anticiper sur les couvertures complémentaires

En supprimant en pratique les risques de reste à charge élevés après assurance maladie obligatoire, cette réforme pourrait réduire l'intérêt relatif de contracter une assurance complémentaire sur dépenses opposables. L'ampleur de ce phénomène serait notamment fonction du niveau de plafond retenu. En tout état de cause, les couvertures complémentaires conserveraient tout leur intérêt au-delà des tarifs opposables.

Si le plafonnement des restes à charge entraînait un recentrage de l'intervention des couvertures complémentaires sur les dépassements et les secteurs à liberté tarifaire, il pourrait s'agir au demeurant d'un motif supplémentaire de procéder à une séparation plus poussée des domaines d'intervention respectifs de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La stabilité globale à un niveau élevé de la part des dépenses de santé financée par l'assurance maladie sur les quinze dernières années - après avoir connu un point bas en 2011, elle est en passe de rejoindre son niveau de la fin des années 1990- s'est paradoxalement accompagnée d'une dégradation des taux individuels de remboursement et d'un accroissement des écarts de traitement entre les assurés en affection de longue durée et les autres. En outre, les modalités de prise en charge par l'assurance maladie exposent de plus en plus les assurés à des restes à charge potentiellement très élevés, dépassant dans certains cas 1 700 € par an, y compris pour certains patients ayant une affection de longue durée.

La couverture de ce risque est reportée en grande partie sur les organismes complémentaires, ainsi que plus généralement le financement des transferts de charges opérées vers les ménages notamment depuis 2004. La part des organismes complémentaire dans le financement de dépenses de santé a ainsi nettement progressé en 15 ans. La couverture sociale du risque maladie est devenue dans les faits sans cesse davantage mixte, les deux types d'opérateurs couvrant désormais la quasi-totalité de la population pour les mêmes soins. Cette progression se traduit par un recours aux assureurs complémentaires plus important en France que chez ses partenaires européens. Corrélativement, la part des dépenses de santé assumée directement par les ménages est en France l'une des plus faibles d'Europe.

Cependant, le recours à une assurance complémentaire, pour couvrir un risque de reste à charge trop élevé, représente un coût très significatif pour les ménages et pour les finances publiques. De plus, les conditions financières d'accès à ces couvertures, qui bénéficient d'un soutien public très différencié, sont très inégales et dépendent très largement du statut des assurés face à l'emploi. Elles pénalisent les assurés ayant potentiellement les risques de santé les plus élevés en raison de leur âge. Enfin, ces couvertures complémentaires peuvent dans certains cas laisser à la charge directe des ménages des sommes importantes, liées notamment aux dépassements d'honoraires et de tarifs dont elles encouragent par ailleurs la très vive progression.

L'actuelle mixité de la couverture maladie, partagée entre assurance maladie obligatoire et assurances complémentaires, pose ainsi des questions très lourdes d'inégalités dans l'accès aux soins, sans préjudice des difficultés qui en résultent pour un pilotage plus efficient du système de santé.

Dans ces conditions, il apparaît nécessaire de retrouver un niveau et une qualité satisfaisants de protection de l'ensemble des assurés contre les risques de santé. Cet objectif suppose en tout état de cause un effort prioritaire et indispensable à conduire pour une maîtrise beaucoup plus rigoureuse et plus active de la dépense de santé elle-même, particulièrement élevée en France par rapport à d'autres pays sans différences significatives dans l'état de santé de la population. Par ailleurs, à périmètres d'intervention inchangés de la sécurité sociale et des assurances complémentaires dans les prises en charge, et dans une optique de court terme, la Cour formule les recommandations suivantes :

11. *engager rapidement l'harmonisation des assiettes des tickets modérateurs entre tous les établissements de santé publics et privés ;*
12. *étendre les mesures visant à limiter le reste à charge des ménages résultant des secteurs à liberté tarifaire en renforçant les critères d'éligibilité des contrats « responsables » ;*
13. *adopter des mesures plus contraignantes de limitation des taux de dépassements d'honoraires ;*
14. *réorienter une partie des soutiens publics à la souscription d'une couverture complémentaire vers les assurés aux risques les plus élevés.*

En reconsidérant plus profondément l'organisation actuelle, une clarification des champs d'intervention respectifs de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires mériterait d'être examinée dans un horizon de moyen terme. À ce titre, la Cour propose les orientations suivantes :

(i) étudier le scénario d'une généralisation obligatoire des couvertures complémentaires santé accompagnée d'une plus grande homogénéité des niveaux de garantie et de participation financière des assurés ;

(ii) envisager de resserrer le « panier de soins » remboursables par l'assurance maladie, afin d'améliorer les niveaux de prise en charge, notamment à l'hôpital ;

(iii) viser une séparation plus poussée des domaines d'intervention respectifs de l'assurance maladie et des organismes complémentaires afin de renforcer la capacité d'action de chaque financeur dans la gestion des risques et la maîtrise du coût des soins et des produits de santé.

Enfin, à plus long terme, une réforme des modalités mêmes de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pourrait être envisagée. Dans cette perspective, la Cour propose l'orientation suivante :

(iv) étudier la mise en place d'un plafonnement des restes à charge accompagné d'une reconsidération des modalités de prise en charge des affections de longue durée.

Chapitre V

La prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre

PRÉSENTATION

Dès la création de l'assurance maladie, en 1945, un dispositif spécifique de prise en charge des affections de longue durée (ALD) a été instauré afin d'améliorer les conditions financières d'accès aux soins des patients atteints de pathologies « comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse »[179], sous la forme d'une exonération totale de ticket modérateur.

Progressivement élargi à un nombre croissant de maladies, ce dispositif couvre aujourd'hui 17 % des assurés des trois principaux régimes de sécurité sociale (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), soit 11,3 millions de personnes.

Les ALD concentrent des enjeux multiples. Sur un plan sanitaire, le vieillissement de la population se traduit par le développement continu des affections chroniques dans un contexte de plus en plus fréquent de poly-pathologies. Au regard du système de santé, les progrès diagnostiques et thérapeutiques permettent de traiter des personnes pour lesquelles auparavant aucune prise en charge n'était possible, amenant à des soins au long cours là où l'espérance de vie était des plus limitée. Du point de vue financier, les dépenses liées à ces affections (89,3 Md€ en 2013) constituent désormais une part prépondérante (60,8 %) du total des remboursements de l'assurance maladie. Le financement n'a pu en être assumé qu'au prix d'importants transferts de charges vers les autres assurés dont la couverture sociale s'est en conséquence dégradée au risque d'affaiblir la légitimité du système de sécurité sociale[180].

Dans la continuité de ses travaux à ce sujet en 2006[181] puis en 2011[182], la Cour a cherché à analyser les causes de ces évolutions et à apprécier la cohérence de ce dispositif dans un contexte qui s'est ainsi profondément transformé depuis son instauration sans que ses objectifs n'aient été redéfinis.

---

[179] Article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

[180] Voir le chapitre IV du présent rapport : La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir.

[181] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2006*, chapitre V : La maîtrise de certains postes de dépenses en forte croissance : les affections de longue durée, p. 136-140, La Documentation française, septembre 2006, disponible sur www.ccomptes.fr.

[182] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre X : La prise en charge à 100 % des dépenses de santé, p. 289-320, La Documentation française, septembre 2012, disponible sur www.ccomptes.fr.

Elle a constaté que le dispositif des affections de longue durée connaît une forte dynamique et représente une part prépondérante et croissante des dépenses d'assurance-maladie (I). Pour autant, les facteurs de ces évolutions sont encore insuffisamment analysés et les modalités de régulation des dépenses présentent des faiblesses persistantes (II). Mieux maîtriser ces dépenses appelle une gestion médicalisée plus construite, qui s'appuie en particulier sur une modernisation des modes de tarification et de rémunération des prises en charge des patients en affection de longue durée (III).

I - Une dynamique de plus en plus vive

A - Une prise en charge renforcée de dépenses de santé dont le périmètre s'est fortement élargi

1 - Une prise en charge renforcée

Le dispositif des affections de longue durée (ALD), régi par l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, a été mis en place dès l'origine de la sécurité sociale en 1945, sous l'intitulé d'« assurance de longue maladie », afin d'assurer la solidarité de la collectivité à l'égard des personnes atteintes de pathologies sévères, dans un contexte où l'assurance maladie complémentaire restait peu développée.

Ce mécanisme offre à ses bénéficiaires des conditions renforcées de prise en charge de leurs dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire, en comparaison des assurés de droit commun. Les patients en ALD bénéficient ainsi d'une exonération de ticket modérateur pour l'ensemble des soins et biens médicaux liés à la (ou aux) pathologie(s) au titre de laquelle (ou desquelles) ils ont été admis dans ce dispositif. Le périmètre des dépenses concernées est ainsi très large : soins hospitaliers, consultations de médecine de ville et d'auxiliaires médicaux, médicaments, dispositifs médicaux, actes biologiques et frais de transport sanitaire. Le bénéfice de l'exonération majore très sensiblement le taux de prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de soins (93,2 % pour les assurés en ALD en 2013, contre 75,4 % pour les non-ALD), et tout particulièrement pour les soins de ville (91 % pour les ALD, 66 % pour les non-ALD)[183].

[183] Traitements Cour des comptes, d'après des données issues de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) pour 2002 (échantillon permanent des assurés sociaux) et de la CNAMTS pour 2013 (échantillon généraliste des bénéficiaires).

Les assurés en ALD ne bénéficient pas pour autant d'une prise en charge intégrale de leurs dépenses de santé par l'assurance maladie. Les soins sans lien avec la ou les pathologies ayant justifié l'admission en ALD, ne sont plus pris en charge depuis 1987 que dans les conditions de droit commun. Par ailleurs, les patients en ALD supportent diverses participations financières aux soins dans les mêmes conditions que les assurés de droit commun (forfait hospitalier, participation forfaitaire de 1 € pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste, pénalité financière appliquée à l'assuré en cas de non-respect du parcours de soins coordonné…). Enfin, les soins leur sont remboursés sur la base du tarif de la sécurité sociale, les dépassements de tarifs de biens médicaux ou d'honoraires restant à leur charge.

2 - Un périmètre fortement élargi au fil du temps

Initialement réservé à un nombre réduit de pathologies sévères, à l'évolution souvent irréversible (tuberculose, maladies mentales, cancers et poliomyélite[184]), le périmètre des ALD s'est élargi progressivement. La liste des maladies entraînant admission, définie par décret, a été portée en 1969 à 25 pathologies ou groupes de pathologies[185], puis à 30 en 1986[186]. Elle en comprend aujourd'hui 29[187], représentant près de 400 maladies distinctes.

[184] Arrêté du 19 juin 1947 fixant le règlement intérieur modèle provisoire des caisses primaires d'assurance maladie pour le service des prestations, en application de l'ordonnance n° 45/2454 du 19 octobre 1945 relative au régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles

[185] Décret n° 69-133 du 6 février 1969 « Frais médicaux et sociaux ».

[186] Décret n° 86-1379 du 31 décembre 1986 portant modification des articles R. 322-6 et R. 322-7 du code de la sécurité sociale.

[187] Le nombre d'ALD est passé de 30 à 29 en juin 2011, à la suite du retrait de l'hypertension artérielle sévère de la liste.

Tableau n° 53 : liste des 29 affections de longue durée en vigueur

Code	Libellé de l'ALD
1	Accident vasculaire cérébral invalidant
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
4	Bilharziose complique
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le VIH
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2
9	Formes graves des affections neurologies et musculaires (dont Myopathie), Épilepsie grave
10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles, acquises sévères
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
13	Maladie coronaire
14	Insuffisance respiratoire chronique grave
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences
16	Maladie de Parkinson
17	Maladies métaboliques héréditaires (MMH) nécessitant un traitement prolongé spécialisé
18	Mucoviscidose
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
20	Paraplégie
21	Périartérite noueuse, Lupus érythémateux aigu disséminé, Sclérodermie généralisée évolutive
22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave
23	Affections psychiatriques de longue durée
24	Maladie de Crohn et Rectocolite hémorragique évolutives
25	Sclérose en plaques
26	Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25°) jusqu'à maturation rachidienne
27	Spondylarthrite ankylosante grave
28	Suites de transplantation d'organe
29	Tuberculose active et lèpre
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

Source : article D. 322-1 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, des mécanismes d'admission dits « hors liste »[188] ont ouvert à partir de 1974 le bénéfice de l'exonération de ticket modérateur à d'autres patients qui présentent un état pathologique grave (désignées sous le terme « ALD 31 ») ou poly-pathologique (« ALD 32 ») nécessitant « un traitement d'une durée prévisible supérieure à six mois et particulièrement coûteux ».

Les critères d'admission en ALD et leur évolution

L'admission en ALD est sollicitée par le médecin traitant, qui expose dans un protocole de soins la condition médicale de son patient et le traitement nécessité par son affection. Les services de contrôle médical des caisses d'assurance maladie prennent ensuite la décision d'admission, sur la base des informations contenues dans ce protocole.

Le dispositif des ALD ayant vocation à couvrir l'ensemble des soins résultant d'une affection ou de plusieurs affections nécessitant « un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse », l'admission à ce dernier est en principe tributaire de deux conditions cumulatives : une condition médicale (une maladie de longue durée) et une condition de coût (un traitement particulièrement coûteux). Ce coût n'est plus défini de manière directe depuis 1986. En pratique, ces deux conditions sont diversement prises en compte selon que l'admission est sollicitée au titre d'une pathologie inscrite sur la liste des ALD, ou au titre d'une pathologie relevant des mécanismes d'admission « hors liste » (ALD 31 et 32).

L'admission au titre d'une pathologie relevant de la liste est conditionnée au respect de critères médicaux d'admission, définis pour chaque pathologie par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ces critères définissent le seuil de gravité et d'évolutivité de la pathologie à partir duquel l'assuré est supposé être exposé à des dépenses de soins élevées. Le coût des dépenses en question n'entre donc pas directement en compte parmi les critères d'admission.

Les modalités d'admission au titre des mécanismes « hors liste » (ALD 31 et 32) laissent une plus large marge d'appréciation aux services du contrôle médical. Les critères médicaux ne sont pas réglementairement définis, afin de permettre l'admission en ALD de patients présentant des états médicaux très hétérogènes. Alors qu'un critère de coût était initialement prévu, de 1974 à 1986 dans le cadre de l'ancien mécanisme dit de la « 26ème maladie » (par un montant minimum de reste à charge pour l'assuré nécessaire pour déclencher son admission dans le dispositif), il n'a pas été repris dans le cadre des ALD 31 et 32.

[188] Dispositif intitulé « de la 26ème maladie » entre 1974 et 1986 et « ALD 31 » et « ALD 32 » à partir de 1988, voir encadré *infra*.

B - Des effectifs en très forte croissance

Le nombre d'assurés en ALD a connu une croissance particulièrement soutenue au cours de la dernière décennie, corrélée à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques.

L'extension des maladies chroniques dans les pays développés

L'affection chronique est définie par le Haut conseil de la santé publique comme un « état pathologique appelé à durer » (d'une ancienneté minimale de trois mois), dont le retentissement sur la vie quotidienne du malade est caractérisé par « une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale, une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle, la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière »[189].

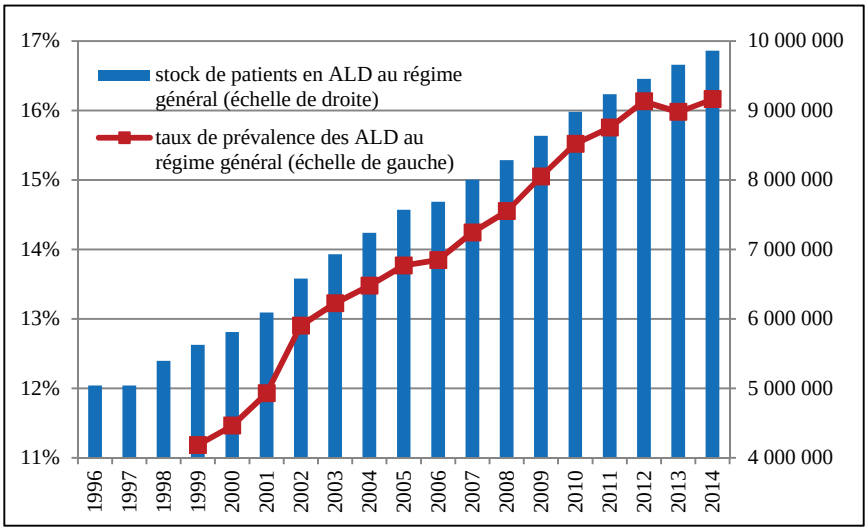
L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, observable dans l'ensemble des pays développés, résulte de la combinaison de trois phénomènes : le vieillissement des populations (« transition démographique »), le recul des maladies infectieuses (« transition épidémiologique ») et l'amélioration des techniques diagnostiques et thérapeutiques, qui favorise les prises en charge précoces des patients et leur traitement au long cours.

Si la prévalence croissante des maladies chroniques favorise les admissions en ALD, le dispositif n'a pour autant pas vocation à couvrir l'ensemble des patients qui en sont atteints, mais seulement ceux dont l'état médical laisse présumer qu'ils nécessitent des soins lourds et coûteux devant être pris en charge de façon préférentielle par la collectivité. La CNAMTS estimait ainsi qu'en 2013, 34 % de ses 56 millions d'affiliés avaient eu « un recours aux soins signalant l'existence d'au moins une pathologie chronique ou un traitement chronique », pour un peu plus de 16 % de patients en ALD la même année. Ainsi, près de la moitié des assurés atteints de maladies chroniques ne présentaient pas des conditions de gravité et d'évolutivité suffisantes de leurs pathologies, telles que les définissent les critères médicaux établis par la Haute Autorité de santé, pour bénéficier d'une admission en ALD.

[189] Haut Conseil de la santé publique, *La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique*, novembre 2009.

Comme le montre le graphique ci-après, l'effectif des assurés du régime général en ALD a doublé en vingt ans, passant de près de 5 millions en 1996 à 9,8 millions en 2014 tandis que la population augmentait de 10,7 % sur la même période[190], soit un rythme de progression 10 fois plus rapide.

Graphique n° 15 : évolution du nombre d'assurés en ALD (régime général) et de leur part dans la population (1996-2014)[191]



Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS.

L'essentiel de la population en ALD est concentré sur un nombre restreint de pathologies. Ainsi, quatre groupes de pathologies réunissaient en 2014 plus de 77 % des assurés en ALD au titre du régime général : les maladies cardio-neuro-vasculaires (ALD 1, 3, 5, 12 et 13), avec 3,7 millions de patients, suivies des diabètes de type 1 et 2 (ALD 8), avec 2,3 millions de patients, puis des tumeurs malignes (ALD 30), avec 2 millions de patients, et des affections psychiatriques (ALD 23), avec 1,2 million.

[190] INSEE.
[191] La stabilité relative des années 2011 à 2014 correspond à des effets de périmètre, liés notamment la sortie de l'hypertension artérielle de la liste des ALD en juin 2011.

La dynamique des effectifs varie selon les pathologies. Comme le montre le tableau ci-après, l'augmentation du nombre de patients en ALD entre 2011 et 2014 est comprise entre 1 et 31 %, les néphropathies[192] (+31 %), les insuffisances cardiaques (+26 %) et les AVC invalidants (+23 %) enregistrant les plus fortes progressions.

Tableau n° 54 : variation du nombre de bénéficiaires d'ALD présentant un effectif supérieur à 100 000 assurés (régime général hors sections locales mutualistes, 2011-2014[193])

Code	Libellé de l'ALD	Effectif au 31.12.2014	Variation 2011-2014
ALD 19	Néphropathies	148 692	+31 %
ALD 5	Insuffisance cardiaque…	931 594	+26 %
ALD 1	AVC invalidant	382 043	+23 %
ALD 16	Parkinson	113 816	+18 %
ALD 8	Diabète	2 362 616	+17 %
ALD 9	Affections neurologiques et musculaires, épilepsie	276 731	+16 %
ALD 15	Alzheimer	312 806	+16 %
ALD 24	Rectocolite et maladie de Crohn	145 224	+14 %
ALD 3	Artériopathies chroniques	507 436	+13 %
ALD 13	Maladies coronaires	1 083 614	+13 %
ALD 22	Polyarthrite	216 738	+13 %
ALD 23	Affections psychiatriques	1 231 661	+12 %
ALD 14	Insuffisance respiratoire	380 082	+9 %
ALD 7	VIH	110 044	+8 %
ALD 30	Tumeurs malignes	2 010 144	+3 %
ALD 6	Maladies du foie et cirrhoses	177 729	+1 %
Toutes ALD 30 (hors ALD 12[194])		8 644 101	+13 %
ALD 31	Formes évolutives ou invalidantes d'affections graves	679 708	+32 %
ALD 32	Polypathologies	81 324	+22 %

Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS.

[192] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre X : l'insuffisance rénale chronique terminale, p. 345-377, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.
[193] Un changement de méthodologie dans la comptabilisation des effectifs en 2012 empêche de remonter à des données plus anciennes.
[194] L'ALD 12 a été retirée de la liste en juin 2011.

Les effectifs d'assurés admis au bénéfice des ALD 31 et 32 connaissent une dynamique particulièrement soutenue (+32 % pour l'ALD 31 et +22 % pour l'ALD 32 entre 2011 et 2014). Elles couvrent de fait une très grande variété de pathologies. Les dix causes les plus fréquentes d'admission en ALD 31 (qui incluent notamment la dégénérescence maculaire liée à l'âge, l'embolie pulmonaire, l'ostéoporose avec fracture pathologique, la polyarthrose et le syndrome d'apnées du sommeil) ne constituent ainsi que 24 % du total des ALD 31 en 2014.

C - Une part prépondérante de la dépense de santé, appelée à s'accroître encore fortement

Les dépenses de soins des patients en ALD représentent une part prépondérante des dépenses d'assurance maladie. Ainsi, pour le seul régime général, ces dépenses se sont élevées, en 2013, à 78,1 Md€ (prestations en espèces incluses)[195]. Tous régimes confondus, le montant total des dépenses d'ALD était estimé en 2013 à 89,3 Md€ (prestations en espèces incluses), soit 60,8 % des dépenses totales des régimes d'assurance maladie[196].

Des données incertaines

La CNAMTS n'est pas en mesure de produire des données cohérentes sur longue période relatives aux dépenses de soins des patients en ALD pour le régime général. Cette absence de série historique (les données détaillées pour les années 2010 et 2011 n'étant pas disponibles) affecte la qualité et la fiabilité des informations retracées dans l'indicateur relatif à l'évolution des dépenses d'assurance maladie des assurés en ALD qui figure dans le « programme de qualité et d'efficience » présenté en annexe aux projets de loi de financement de la sécurité sociale. Ainsi, les méthodologies de calcul permettant d'évaluer la dépense totale des patients en ALD (extrapolées tous régimes sur la base des données du régime général) ont été modifiées à deux reprises entre 2005 et 2013.

De surcroît, la CNAMTS peine toujours à produire des données de dépenses consolidées pour l'ensemble des assurés, en raison notamment de problèmes de compatibilité de normes informatiques entre régimes[197].

[195] CNAMTS.
[196] CNAMTS.
[197] Cour des comptes, *Communication à la Commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale*, Les données personnelles

La dynamique de ces dépenses est particulièrement soutenue. Sous réserve des changements méthodologiques précédemment évoqués, elles seraient ainsi passées de 68,1 Md€ en 2005 à 89,3 Md€ en 2013 pour les régimes d'assurance maladie pris dans leur ensemble (soit une augmentation moyenne de +3,4 % par an).

Cette progression rapide exerce une pression croissante sur le système d'assurance maladie. Les patients en ALD représentent une part de plus en plus prépondérante des remboursements, dans un contexte où le taux moyen de prise en charge tend à diminuer pour les patients de droit commun[198]. Ainsi, le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des assurés en ALD s'élevait en 2013 à 93,2 % contre 75,4 % pour les assurés non-ALD, soit un écart moyen de prise en charge de 17,8 points, alors qu'il était de 15,9 points en 2002. Pour les seuls soins de ville, cet écart atteint désormais 24,4 points. Cette érosion des prises en charge pour les assurés sociaux non en ALD fragilise le système d'assurance maladie obligatoire, fondé sur un principe d'universalité et de solidarité, en amenant les assurés à recourir massivement à des assurances complémentaires coûteuses et inégalitaires pour éviter le risque de restes à charge trop élevés.

Devant ces évolutions, il apparaît très anormal que ni la CNAMTS, ni l'administration du ministère des affaires sociales et de la santé n'aient effectué de prévisions sur l'évolution des effectifs et des dépenses liées aux ALD.

de santé gérées par l'assurance maladie : une utilisation à développer, une sécurité à renforcer, mai 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

[198] Voir le chapitre IV du présent rapport : la participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir.

Seule la direction générale du Trésor s'est récemment attachée à tracer les perspectives d'évolution du dispositif des ALD dans une étude portant sur l'ensemble des régimes d'assurance maladie[199]. D'après ses projections, la part des dépenses des patients en ALD dans la dépense de santé est appelée à s'accroître fortement au cours des dix prochaines années : les assurés en ALD pourraient passer de 15,4 % en 2011 à 19,7 %[200] de la population couverte à l'horizon 2025. Leur part dans la dépense remboursée atteindrait à cette même date près de 68 %, en hausse de deux points par rapport à 2014[201]. Le seul surcoût engendré par le mécanisme de prise en charge spécifique des ALD s'élèverait à 17,1 Md€ en 2025, contre 12,5 Md€ en 2011.

Une structure des dépenses hétérogène selon la pathologie

La dépense moyenne annuelle par patient en ALD est très hétérogène en fonction de l'ALD considérée : elle s'échelonnait ainsi de 2 721 € (ALD 26 : scoliose structurale évolutive) à 23 347 € (ALD 18 : mucoviscidose) en 2012. Au sein d'une même ALD, la dispersion des dépenses entre patients est très marquée : pour l'ALD 19 (néphropathies chroniques) par exemple, elle varie ainsi entre 500 € pour le premier décile de patients et 65 000 € pour le dernier décile correspondant aux patients placés sous dialyse. Cette dispersion reflète pour l'essentiel le stade d'avancement et de gravité de la pathologie et la stratégie thérapeutique mise en œuvre.

Le profil de consommation de soins des assurés en ALD diffère de celui des autres assurés. Le poids relatif des soins hospitaliers y est plus important (48 % du total des dépenses pour les assurés en ALD en 2013, 37 % pour les non-ALD), et celui des prestations en espèces moins élevé (8 % pour les ALD, 22 % pour les non-ALD). La part des soins de ville est quant à elle relativement comparable (40 % pour les non-ALD, 43 % pour les ALD). Cette approche globale masque néanmoins des écarts significatifs au sein de ces grands postes de dépenses. Ainsi, alors que la dépense de biologie en secteur libéral est proche entre les deux populations d'assurés (2 % pour les ALD et 3 % pour les non-ALD), celles des soins infirmiers (6 % pour les ALD, 1 % pour les non-ALD) et des transports (4 % pour les ALD, 1 % pour les non -ALD) sont nettement supérieures pour les assurés en ALD. Au contraire, les honoraires médicaux (y compris dentistes) sont nettement plus élevés chez les assurés non-ALD (19 % contre 6 % pour les ALD).

[199] Direction générale du Trésor, *Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des affections de longue durée (ALD) ?*, Trésor-éco, n° 145, avril 2015.

[200] La projection réalisée par la direction générale du Trésor a été obtenue en prolongeant les tendances observées sur les années passées, en supposant que la progression annuelle de la prévalence décroît au cours du temps (de 10 % par an) et que la dépense moyenne reste constante.

[201] La méthodologie employée par la DG Trésor évalue à 66 % la part des dépenses d'ALD dans les dépenses totales en 2014, contre 61 % au titre de 2013 selon les données communiquées à la Cour par la CNAMTS.

II - Des mécanismes de régulation inopérants

A - Un suivi déficient, une exploitation encore insuffisante des données disponibles

1 - L'absence de suivi consolidé des effectifs de l'ensemble des régimes

Le nombre des assurés en ALD au titre des différents régimes d'assurance maladie ne fait pas l'objet d'un suivi consolidé. Ni la CNAMTS, qui gère pourtant la base de données commune aux régimes d'assurance maladie, le SNIIRAM[202], ni la direction de la sécurité sociale ne sont ainsi en mesure de fournir des données fiables sur le nombre total d'assurés en ALD pour l'ensemble des régimes[203].

C'est pourquoi la Cour a dû procéder à ses propres estimations. Ainsi, au regard des données obtenues des principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), la population en ALD de ces trois régimes, pris ensemble, serait passée de 10,4 à 11,3 millions de personnes entre 2010 et 2014, portant la part des assurés sociaux en ALD à 17 %.

Tableau n° 55 : évolution du nombre des assurés en ALD pour les trois principaux régimes de sécurité sociale (2010-2014[204])

	2010	2011	2012	2013	2014
Assurés en ALD	10 386 822	10 671 601	10 881 679	11 082 674	11 272 445
% des assurés	16,2	16,5	16,7	16,9	17

Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS, de la MSA et du RSI.

[202] Le SNIIRAM est le système national d'information interrégimes de l'assurance maladie, qui centralise les données de consommation de soins des assurés de la quasi-totalité des régimes.

[203] En effet, le SNIIRAM n'intègre qu'une partie des régimes spéciaux et les données relatives aux ALD du RSI et de la MSA et celles spécifiques au régime local d'Alsace-Moselle n'y sont qu'imparfaitement renseignées. De plus, le suivi des affiliés souffrant de plusieurs ALD est particulièrement défaillant puisque le système ne permet pas de rattacher chaque acte ou prestation à l'ALD dont il ressort.

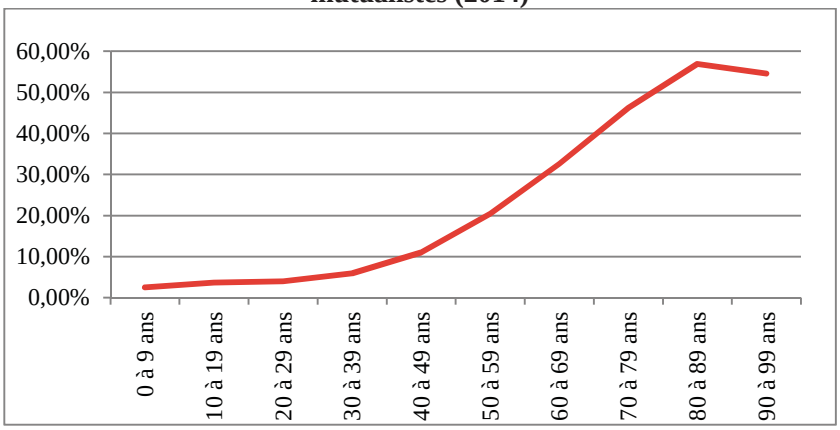
[204] Il est probable que le total tous régimes du tableau comprenne des doublons liés aux délais de transfert des assurés d'un régime à l'autre.

2 - Une analyse encore insuffisamment approfondie des déterminants de l'évolution des entrées et des sorties d'assurés du dispositif des ALD

Les facteurs d'explication de la croissance des effectifs d'ALD restent insuffisamment documentés.

L'augmentation de la part de la population en ALD est pour partie liée au vieillissement de la population : elle atteignait ainsi 56,9 % pour les assurés de 80 à 89 ans, contre 11 % pour les assurés de 40 à 49 ans en 2014.

Graphique n° 16 : taux de prévalence des ALD en fonction de l'âge parmi les assurés du régime général, y compris sections locales mutualistes (2014)



Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS (SNIIRAM).

D'autres facteurs que l'âge influent aussi sur l'évolution des effectifs d'assurés en ALD. Il s'agit en premier lieu des facteurs épidémiologiques, tels que l'augmentation de la prévalence du diabète en lien avec celle de l'obésité et du surpoids. En outre, les évolutions du système de santé ont également une incidence significative : les améliorations diagnostiques favorisent l'identification précoce de certaines affections (cancer par exemple) ; l'augmentation du coût des traitements peut inciter les médecins traitants à solliciter davantage l'admission au dispositif pour leurs patients ; l'amélioration de l'espérance de vie qui résulte d'une meilleure prise en charge augmente le nombre d'années pendant lesquelles les assurés bénéficieront d'une ALD. Enfin, les modifications réglementaires du périmètre des affections prises en charge influencent les flux d'entrées et de sorties de patients dans le dispositif des ALD.

La part respective de ces différents facteurs n'est toutefois pas analysée de façon approfondie. Dans une étude déjà ancienne, remontant à 2009, sur les patients en ALD[205], la CNAMTS faisait état d'une augmentation de 3,5 % du nombre de ces derniers entre 2007 et 2008, « dont un point lié à la modification de la structure d'âge », sans analyser les facteurs qui sous-tendaient les 2,5 points d'augmentation restants. Dans une nouvelle étude[206], elle rappelle que l'évolution des effectifs d'assurés en ALD résulte d'une pluralité de facteurs (vieillissement de la population, prévalence accrue de certaines pathologies, améliorations diagnostiques et thérapeutiques, modifications du périmètre des ALD, etc.), mais n'analyse pas leurs impacts respectifs, concluant qu'ils « peuvent difficilement être distingués les uns des autres ».

Les flux de sortie n'ont, eux non plus, pas été analysés de manière précise par la CNAMTS. En 2013 comme en 2014, les sorties du dispositif ont représenté environ 11 % des effectifs (environ 1 million de sorties annuelles, hors ALD 31 et 32). Trois motifs de sorties sont identifiés par la CNAMTS : le décès de l'assuré (33 %), la « sortie d'ALD » (38 %) et un troisième motif « Autre » visant l'ensemble des autres évènements (absence de consommation de soins dans un certain délai, changement de régime ou de caisse, résidents en EHPAD, etc.) sans ventiler les sorties d'ALD entre ces derniers. Ces données sont à considérer avec la plus grande prudence et nécessiteraient une analyse détaillée.

3 - Une exploitation insuffisante des données de coûts

La détermination du coût net du dispositif des ALD, c'est-à-dire du surcroît de dépenses d'assurance maladie lié à l'exonération de ticket modérateur, est délicate.

Les assurés en ALD peuvent en effet bénéficier d'exonérations de ticket modérateur pour d'autres motifs (maternité, hospitalisation de 30 jours, accident du travail ou maladie professionnelle) et cumuler ainsi plusieurs motifs d'exonération. Selon la DREES, un assuré en ALD bénéficie de fait en moyenne de 2,6 motifs d'exonération[207]. L'estimation du coût net de l'exonération propre au dispositif des ALD exige par

[205] CNAMTS, *Points de repère,* Les personnes en ALD au 31 décembre 2008, décembre 2009.
[206] CNAMTS, *Points de repère,* Les bénéficiaires du dispositif des ALD en 2014 et leur évolution depuis 2005, mai 2016.
[207] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Audrey BAILLOT, *Une estimation du coût du dispositif des affections de longue durée en soins de ville pour le régime général d'assurance maladie,* Les comptes de la santé 2010, p.99 et suivantes.

conséquent d'isoler le coût de celle-ci des autres motifs possibles d'exonération.

Seule la direction générale du Trésor a procédé, dans son étude précitée[208], à une estimation de ce surcroît de dépenses d'assurance maladie aboutissant à un montant de 12,5 Md€ pour l'année 2011, soit près de 14 % du total de dépenses de soins des personnes prises en charge à ce titre. Suivant l'estimation de la Cour, les dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie liées au régime des ALD par rapport aux prises en charge de droit commun se sont élevées, en 2014, à 15 Md€[209].

Par ailleurs, plus largement, les données relatives aux dépenses totales des assurés au titre des ALD demeurent insuffisamment exploitées. Ainsi, l'absence d'analyse médico-économique des disparités géographiques des dépenses par ALD prive la CNAMTS d'un outil majeur de maitrise accrue de la consommation de soins, comme le font apparaître de premiers travaux réalisés par la Cour (voir *infra).*

B - Des dispositifs de contrôle peu effectifs

1 - Des admissions faiblement contrôlées, des refus peu nombreux

Les services du contrôle médical des caisses d'assurance maladie statuent sur la demande d'admission adressée par le médecin traitant sur la base d'un protocole de soins. En 2014, ils consacraient à cette tâche, pour le seul régime général, 631 agents administratifs et 138 praticiens conseil (en équivalents temps plein).

L'effectivité des contrôles reste pour autant limitée, du fait notamment du caractère massif des flux de demandes d'entrée dans le dispositif, comme l'avait souligné la Cour en 2009[210]. Les demandes d'admission se sont élevées à 1,4 million pour le régime général en 2014. Elles font l'objet d'un traitement « industrialisé », sur des plates-formes de gestion, par des techniciens administratifs, puis d'une signature électronique d'un médecin-conseil par lots de dossiers. En l'absence d'appréciation portée sur l'état du patient et sur le protocole de soins, les diligences mises en œuvre s'apparentent, pour la plupart des demandes, davantage à une procédure d'enregistrement qu'à un contrôle véritable.

---

[208] *Ibidem.*

[209] Voir, dans le présent rapport, chapitre IV : La participation des ménages au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir.

[210] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009*, chapitre VIII : Le contrôle médical, p. 215-242, La Documentation française, septembre 2009, disponible sur www.ccomptes.fr.

La procédure de gestion des demandes d'admission à Rouen et à Nancy

Les protocoles de soins portant demande d'admission traités par les échelons locaux du contrôle médical du régime général de Nancy et Rouen (près de 200 par jour en moyenne) sont reçus par une plate-forme de gestion de flux opérée par cinq techniciens administratifs.

Une fois vérifiée l'appartenance de l'assuré concerné au régime général, les techniciens procèdent à l'examen des critères médicaux d'admission au dispositif dont il est fait état dans le protocole de soins. Dans la très large majorité des cas, est simplement cochée la mention « conforme aux recommandations de la HAS ».

Les techniciens sont habilités, pour la très grande majorité des ALD, à valider l'admission au dispositif, qui est accordée de façon quasi-systématique. Les avis favorables délivrés uniquement par les techniciens sont regroupés par lots quotidiens et signés électroniquement par un médecin-conseil. Ce denier n'intervient pas véritablement dans l'examen de la demande. À Rouen, les traitements par lots ont représenté 55 % des demandes d'admission traitées en 2014.

Lorsque les demandes d'admission portent sur certaines pathologies dont les critères d'admission sont considérés comme plus complexes, sur les ALD 31 ou 32, au périmètre non circonscrit, ou lorsque les techniciens l'estiment nécessaire, elles sont soumises à l'examen plus approfondi du médecin conseil. Celui-ci, outre le protocole de soins, peut utiliser les bases de données de l'assurance maladie relatives à la consommation de soins des patients pour affiner son analyse (la consommation de soins du patient donnant des indications sur son état de santé), voire engager un dialogue avec le médecin traitant.

Les taux de refus demeurent très faibles pour les ALD présentant les flux de demandes d'admission les plus importants : en 2014, 1 % pour le diabète, 2 % pour le cancer, 1 % pour les maladies coronaires et 3 % pour l'insuffisance cardiaque.

Tableau n° 56 : taux de refus d'admission pour les principales ALD au régime général (2014)

En %

ALD	Taux de refus
Diabète (ALD 8)	1
Maladie coronaire (ALD 13)	1
Artériopathies chroniques (ALD 3)	2
Tumeurs (ALD 30)	2
Insuffisance cardiaque grave… (ALD 5)	3
Accident vasculaire cérébral invalidant (ALD 1)	7
Affections psychiatriques de longue durée (ALD 23)	8
Insuffisances respiratoires chroniques graves (ALD 14)	21
ALD 31 et 32	30
Toutes ALD	9

Source : CNAMTS.

Seules les demandes adressées au titre de quelques pathologies font l'objet de modalités de contrôle approfondies, qui ont pour corollaire des taux de refus plus importants. L'admission en ALD 14 « insuffisance respiratoire chronique » (notamment pour cause d'asthme) ou en ALD 23 « affections psychiatriques de longue durée », qui présentaient des taux de refus respectifs de 21 % et 8 % en 2014, est ainsi conditionnée à l'appréciation par le médecin-conseil du degré de gravité de l'affection. De même, tout protocole de soins portant demande d'admission au titre des ALD 31 et 32, qui ne font pas l'objet de critères médicaux d'admission prédéfinis, doit inclure des éléments d'objectivation détaillés de l'état de santé du patient, qui favorisent un contrôle renforcé des médecins-conseils. Le taux de refus pour ces deux groupes d'ALD s'avère, par conséquent, nettement plus élevé (30 % en 2014) que celui des autres ALD (7 % en moyenne). Les maladies métaboliques héréditaires (ALD 19) font l'objet pour leur part d'une procédure d'admission spécifique traitée au niveau national, du fait de la complexité de leur cadre nosologique et thérapeutique.

2 - Une gestion peu active des sorties

Les mesures prises afin de faciliter le réexamen du bien-fondé du maintien en ALD n'ont eu qu'un effet marginal.

Une durée standard de prise en charge a été introduite pour chaque ALD en 2011, au terme de laquelle une demande de prolongation doit être effectuée par le médecin traitant. Cette réforme visait à la fois à

assurer la sortie du dispositif des patients dont l'état médical ne justifiait plus le maintien en ALD, et à inciter à un réexamen, à intervalle régulier, du protocole de soins. L'incidence de cette mesure sur les flux de sorties n'est pas précisément suivie par la CNAMTS, mais est restée en tout état de cause très faible.

Par ailleurs, un dispositif spécifique de prise en charge a été mis en place en 2011 pour accompagner les patients en sortie d'ALD. Ceux-ci continuent de bénéficier d'une exonération de ticket modérateur sur les seuls actes et examens médicaux ou biologiques nécessaires au suivi de la maladie (ce qui exclut les frais de transports ou les produits à usage thérapeutique). Son application est demeurée très marginale. La CNAMTS dénombrait environ 22 000 bénéficiaires pour 2013.

En tout état de cause, la rémunération forfaitaire que les médecins traitants perçoivent depuis 2005, en sus de leurs honoraires pour tout acte effectué, pour chaque patient suivi en ALD (40 € par patient et par an, soit une enveloppe totale de 347 M€ en 2014), n'incite ni à limiter l'entrée en affection de longue durée, ni à faciliter la sortie des patients de ce dispositif, ainsi que la Cour l'a déjà souligné[211].

3 - Un contrôle déficient des dépenses exonérées du ticket modérateur

L'exonération du ticket modérateur ne s'applique, depuis 1987, qu'aux seuls soins liés à la pathologie éligible à l'ALD. Les médecins traitants utilisent à cet effet un ordonnancier dit « bizone » permettant de différencier les prescriptions relatives à la pathologie couverte par l'ALD (prescrites en « partie haute » de l'ordonnance) du reste des prescriptions.

Le périmètre d'exonération n'a fait l'objet que d'un nombre limité d'ajustements, de portée restreinte. En 2011, la prise en charge des frais de transport des patients en ALD a ainsi été limitée aux seuls patients présentant une incapacité ou une déficience définie dans un référentiel de prescription fixé par arrêté. Les économies liées à cette mesure étaient estimées à 20 M€ en 2012, soit environ 0,7 % des dépenses totales de transports de patients en ALD.

[211] Cour des comptes, *Rapport annuel 2013*, T.I, chapitre III : le médecin traitant et le parcours de soins cordonnées : une réforme inaboutie, p. 199, La Documentation française, février 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

Si les médecins traitants sont libres de déterminer le traitement adapté à leur patient et de prescrire les actes et prestations qu'ils estiment appropriés, leurs pratiques de prescription sont en principe encadrées par les travaux de la Haute Autorité de santé (HAS), qui élabore notamment depuis 2004 des référentiels d'actes et prestations (APALD). Ces référentiels détaillent, pour chaque ALD, les actes et prestations nécessaires au traitement de l'affection et admis, à ce titre, à un remboursement à 100 % par l'assurance maladie.

L'effectivité de ces dispositions est limitée à plusieurs titres. En premier lieu, l'actualisation, nécessaire au regard notamment de l'évolution des stratégies thérapeutiques, des référentiels d'actes et de prestations n'a pas été réalisée par la HAS au rythme annuel initialement prévu : au 31 décembre 2015, 15 référenciers n'avaient pas été actualisés depuis 2012. Par ailleurs, si les caisses d'assurance-maladie peuvent refuser de prendre en charge à 100 % les actes et traitements qui ne figurent pas sur ces listes, elles n'ont pas de caractère contraignant pour les médecins. Enfin, l'état médical des patients en ALD, qui développent fréquemment des comorbidités dans le cadre de maladies chroniques, rend difficile la délimitation nette des soins relevant de la pathologie exonérante du ticket modérateur et de ceux sans lien avec elle.

Les actions développées par les caisses d'assurance maladie afin de contrôler la bonne application des référentiels de prescription de la HAS n'ont pas produit les résultats escomptés[212]. Les objectifs fixés initialement en la matière par les conventions médicales conclues entre l'assurance maladie et les médecins libéraux (455 M€ d'économies pour l'année 2005 dans la convention de 2005[213]) ont par la suite été révisés à la baisse (40 M€ seulement dans la convention de 2011[214]), puis abandonnés.

Les économies permises par les actions de contrôle de la CNAMTS et la CCMSA sont restées très marginales (0,1 M€ en 2010 pour la CNAMTS). Depuis 2010, les caisses d'assurance maladie, à l'exception du RSI, ont en effet limité les contrôles de l'ordonnancier bizone, les jugeant inefficients. Seul le RSI a mis en place un outil de contrôle automatisé, qui a généré 3,7 M€ d'économies en 2014.

[212] Le bilan des actions mises en œuvre par la CNAMTS entre 2006 et 2010 est très limité : contrôle de seulement 1 042 médecins, notification de 223 pénalités et lancement de 301 procédures civiles de récupérations d'indus.
[213] Annexe à l'arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, point 3.2.
[214] Article 24 de l'annexe de l'arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

Le contrôle des prestations par le RSI

L'outil de contrôle LIQMED vise à identifier automatiquement, parmi les prestations de ville qui sont présentées au remboursement dans les caisses du RSI, celles indûment rattachées à la pathologie exonérante des assurés en ALD.

Pour chaque ALD est élaboré au préalable, sur la base des listes de la HAS, un référentiel national définissant le périmètre des biens et services rattachés à celle-ci (classement des actes en groupes binaires acceptés / refusés). Des contrôles automatisés sont mis en œuvre sur des échantillons de patients en ALD par caisses du RSI. En cas d'anomalie, il est procédé, après notification aux prescripteurs et aux patients, à une baisse du taux de prise en charge en cas de remboursement à l'assuré, ou à la génération d'un indu assuré en cas de tiers payant.

Le développement d'un tel outil automatisé est conditionné à la mise à niveau préalable de la base de données médicalisée des caisses, qui détaille notamment le statut administratif au regard de l'ALD de chaque assuré. La CNAMTS invoque le caractère « non réaliste » d'une telle tâche au regard du nombre de ses assurés pour justifier son incapacité à mettre en œuvre un outil similaire.

Appliqué à l'ensemble des soins de ville dispensés aux assurés en ALD[215], un tel mécanisme de contrôle permettrait de dégager de l'ordre de 80 M€ d'économies annuelles.

C - Une refonte des modalités de contrôle des ALD à mettre en œuvre avec rigueur

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (article 198) engage une réforme d'ampleur des procédures de contrôle des ALD. Les services du contrôle médical des caisses d'assurance maladie sont en effet appelés à alléger les contrôles préalables à l'admission en ALD au profit de contrôles réguliers de la consommation des soins des patients en ALD après leur admission à ce dispositif.

[215] Montant estimé en appliquant au montant total de la dépense ONDAM soins de ville, tous régimes d'assurance maladie confondus, le ratio d'économies dégagées par le RSI sur ses propres dépenses (soit 0,1 %).

1 - Un renforcement annoncé du contrôle de la consommation de soins en contrepartie de contrôles ciblés de l'admission

Les services du contrôle médical ne réaliseront plus de contrôles préalables que pour les demandes d'admission au titre d'un nombre restreint d'ALD, qui présentent des taux de refus importants à l'heure actuelle (insuffisance respiratoire, ALD 31 et 32) ou sont soumises à des procédures particulières (maladies rares). Pour toutes les autres ALD, l'admission sera automatique après transmission du protocole de soins par le médecin traitant, qui y certifiera la conformité de l'état de son patient aux critères médicaux d'admission et s'engagera à respecter les recommandations de la HAS. L'avis du médecin conseil de l'assurance maladie sera réputé favorable à défaut d'observations transmises dans un délai réglementaire.

Il est en revanche prévu d'opérer des contrôles systématiques dans un délai de six mois à un an après l'admission. Les services du contrôle médical procéderont, à l'aide d'algorithmes propres à chaque ALD (voir encadré *infra*), à l'analyse automatisée de la consommation de soins du patient, afin de s'assurer de la conformité de l'état médical dont elle témoigne aux critères médicaux d'admission, et du respect, au regard des référentiels de la HAS, de la partition entre soins en rapport et soins sans rapport avec la pathologie exonérante.

Les outils automatisés de contrôle de la consommation de soins

La CNAMTS a élaboré, dans la perspective de la mise en œuvre de l'article 198 de la loi du 26 janvier 2016, des algorithmes propres à chaque ALD, visant à analyser la conformité de la consommation des soins des patients en ALD aux référentiels de prise en charge de la HAS.

Pour chaque ALD sont retenus un certain nombre de critères d'atypie. Lorsque l'analyse automatique d'un dossier de patient en ALD le fait ressortir en atypie, les services du contrôle médical sont appelés à effectuer des recherches complémentaires dans le dossier du patient en lien avec le médecin traitant.

À titre d'exemple, trois critères d'atypie cumulatifs sont retenus pour l'ALD n° 9 (formes graves des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave) : l'absence d'hospitalisation, l'absence d'actes par un neurologue, un neurochirurgien ou un neuropsychiatre et l'absence de traitement par médicament antiépileptique.

Enfin, les services du contrôle médical sont appelés à s'investir plus fortement dans la gestion des sorties de patients du dispositif, dans le cadre d'une nouvelle procédure de « pré-prolongation ». Ils devront ainsi procéder, à l'aide d'algorithmes, à une analyse automatisée de la consommation de soins de chaque patient en ALD, à trois mois de l'échéance de son exonération. Sur cette base, le médecin conseil proposera au médecin traitant la prolongation de l'exonération ou sa non-prolongation assortie éventuellement d'une admission au dispositif de suivi post-ALD.

2 - Un défi de taille pour les caisses d'assurance maladie

La régulation du dispositif passe ainsi d'un système de contrôle préalable à l'admission, dont l'inefficience dans les conditions actuelles de mise en œuvre apparaît manifeste, à un dispositif de contrôle *a posteriori*, dont la fiabilité constitue un enjeu déterminant. Le succès de la réforme, qui s'inscrit dans le prolongement des recommandations en ce sens de la Cour[216], est cependant conditionné à la conduite d'au moins deux chantiers majeurs. En premier lieu, il convient que les caisses d'assurance maladie se dotent rapidement d'outils fiables de contrôle automatisé de la consommation de soins des patients afin de déceler les atypies au regard de référentiels que la HAS devrait définir. En outre, les pratiques des agents des services du contrôle médical affectés au contrôle des ALD devront évoluer en profondeur, ce qui requiert un effort important de formation et d'adaptation des compétences.

En tout état de cause, la mise en œuvre de ces nouveaux mécanismes ne saurait se traduire par la disparition de toute forme de régulation, ce qui constituerait un risque si des objectifs clairs n'étaient pas fixés aux caisses et au service du contrôle médical et si les résultats effectivement obtenus ne faisaient pas l'objet d'un suivi rigoureux.

[216] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009*, chapitre VIII : le contrôle médical, p. 215-242, La Documentation française, septembre 2009, disponible sur www.ccomptes.fr.

III - Une maîtrise médicalisée des dépenses à organiser

Si la loi de modernisation de notre système de santé témoigne d'ambitions renouvelées en la matière, elle n'exonère pas les autorités de santé d'un effort nécessaire de maîtrise accrue des dépenses d'ALD, au moyen d'une gestion médicalisée renforcée des maladies chroniques et d'une réforme ambitieuse des modes de tarification des prises en charge. Or, faute de s'être dotées d'outils efficients de contrôle des effectifs et des dépenses liées aux affections de longue durée, la plupart des caisses d'assurance maladie ont largement délaissé le champ de la régulation médico-administrative de ce dispositif.

A - Analyser plus précisément et plus complètement la dépense pour mettre en œuvre une gestion active du risque

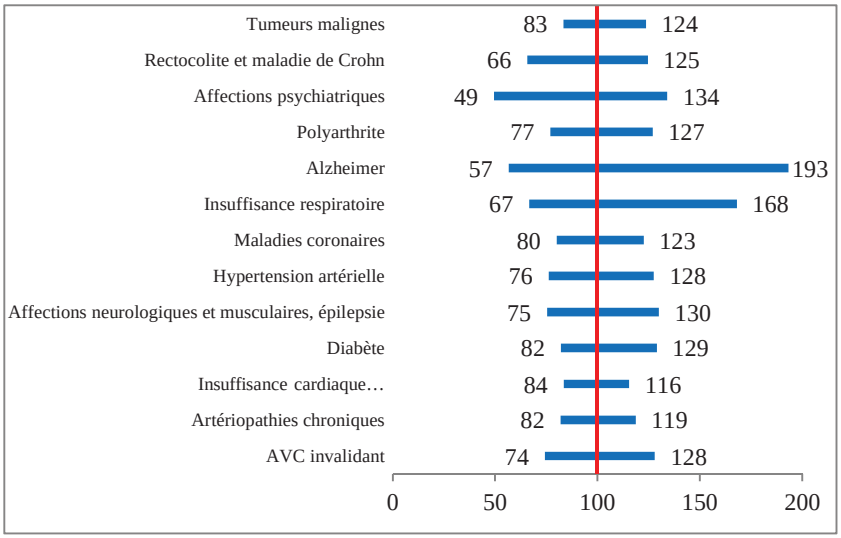
1 - Des disparités de consommations de soins importantes aux motifs très insuffisamment analysés

Une analyse des dépenses liées aux ALD plus précise et plus rigoureuse permettrait d'identifier des marges importantes d'efficience et d'économies.

Ainsi, les coûts moyens de prise en charge des patients en ALD tels que la Cour a pu les calculer à partir de données spécifiquement établies à sa demande par la CNAMTS[217] font apparaître de fortes disparités suivant les territoires, comme l'illustre le diagramme suivant qui porte sur les ALD comptant les nombres les plus élevés de bénéficiaires. Pour chacune, il présente l'écart entre le département présentant la dépense moyenne la plus faible et celui présentant la moyenne la plus élevée, rapportés à un indice 100 correspondant à la moyenne nationale.

[217] Évolution des dépenses par ALD et par département en 2013 et 2014 pour les patients mono-ALD. Données extraites du *datamart de consommation interrégimes* du SNIIRAM. Un effectif minimum de 100 assurés sociaux en ALD a été retenu afin d'éviter les effets de dispersion liés aux échantillons de petite taille.

Graphique n° 17 : dispersion entre département des dépenses moyennes par ALD[218] (2014)



Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS, hors ALD non identifiées et ALD 31. Note de lecture : les indices ne sont pas comparables d'une ALD à l'autre, la base 100 renvoyant à la moyenne nationale de chacune des ALD.

Les dépenses moyennes sont ainsi très hétérogènes d'un département à l'autre avec, par exemple, pour les écarts les plus importants, des séries qui s'échelonnent de 57 à 193 pour l'ALD 15 (Alzheimer) et de 67 à 168 pour l'ALD 14 (insuffisance respiratoire). Même pour les ALD qui présentent des écarts moindres, comme l'insuffisance cardiaque (84 à 116), les tumeurs malignes/cancers (83 à 124) ou le diabète (82 à 129), l'analyse des écarts en valeur absolue fait apparaître des disparités très sensibles, comme le montre le tableau ci-après.

[218] ALD dont l'effectif national mono-ALD est supérieur à 100 000 personnes.

Tableau n° 57 : dépense moyenne de trois ALD fréquentes (2014)

	Diabète		Tumeurs malignes		Insuffisance cardiaque	
	Coût (€)	Écart (%)	Coût (€)	Écart (%)	Coût (€)	Écart (%)
Moyenne nationale	4 805	-	9 231		5 975	-
Bouches-du-Rhône	5 817	+21 %	10 469	13	6 689	+12 %
Var	5 391	+12 %	9 778	6	6 345	+ 6 %
Nord	5 323	+11 %	9 273	0	6 535	+9 %
Loire-Atlantique	3 946	-18 %	8 045	-13	5 212	-13 %
Puy-de-Dôme	4 282	-11 %	7 902	-14	5 118	-14 %

Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS.

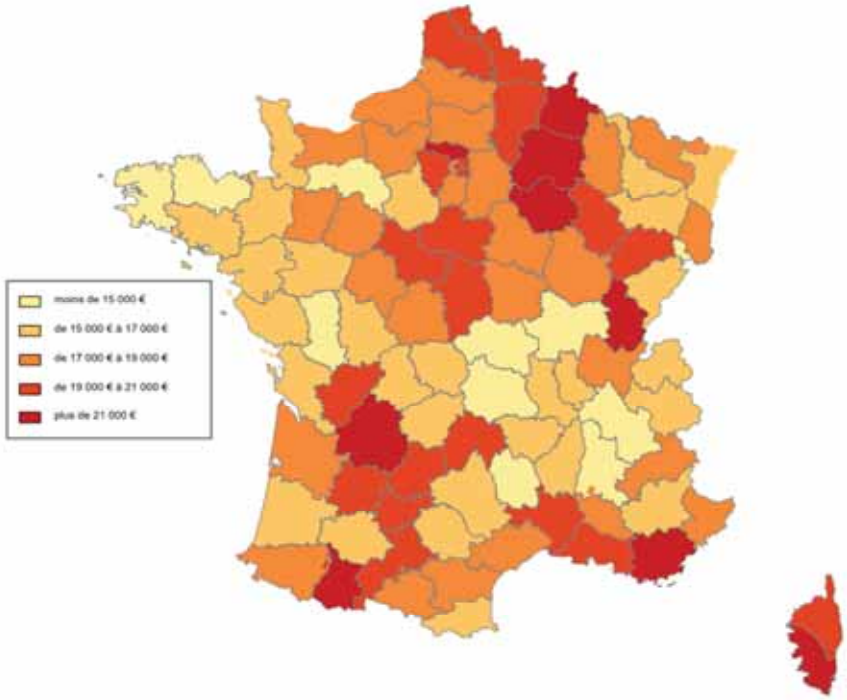
Ainsi, même lorsqu'il existe une plus grande homogénéité de la dépense moyenne, les différences demeurent notables : près de 10 500 € en moyenne dans les Bouches-du-Rhône contre moins de 8 000 € dans le Puy-de-Dôme pour le cancer. Concernant les pathologies plus rares, et à titre d'exemple pour un patient relevant de l'ALD 11 (hémophilie), la dépense annuelle prise en charge s'élève ainsi à 45 676 € en Ardèche contre 7 064 € dans le département voisin de la Drôme.

Deux cartes, ci-après, illustrent cette problématique des disparités territoriales en matière de dépenses de santé des patients en ALD. La première concerne l'insuffisance rénale chronique grave, la deuxième le diabète.

Pour un patient souffrant d'insuffisance rénale chronique grave, la dépense moyenne annuelle atteint moins de 13 000 € dans le Territoire de Belfort ou le Finistère contre 20 600 € dans les Bouches-du-Rhône. En région parisienne, peuvent être constatés des écarts de dépenses moyennes par assuré de 20 % (17 100 € en Seine et Marne contre 21 300 € dans le Val d'Oise). En 2015, la Cour avait relevé que les dialyses étaient effectuées essentiellement dans les structures les plus coûteuses, éloignées des lieux de vie des patients et nécessitant des frais de transport élevés, alors que ces modalités lourdes de prise en charge n'étaient fréquemment pas les mieux adaptées aux besoins des patients[219], qui pour beaucoup pourraient bénéficier de dialyses à domicile.

[219] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre X : l'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charge plus efficientes, p. 345-377, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

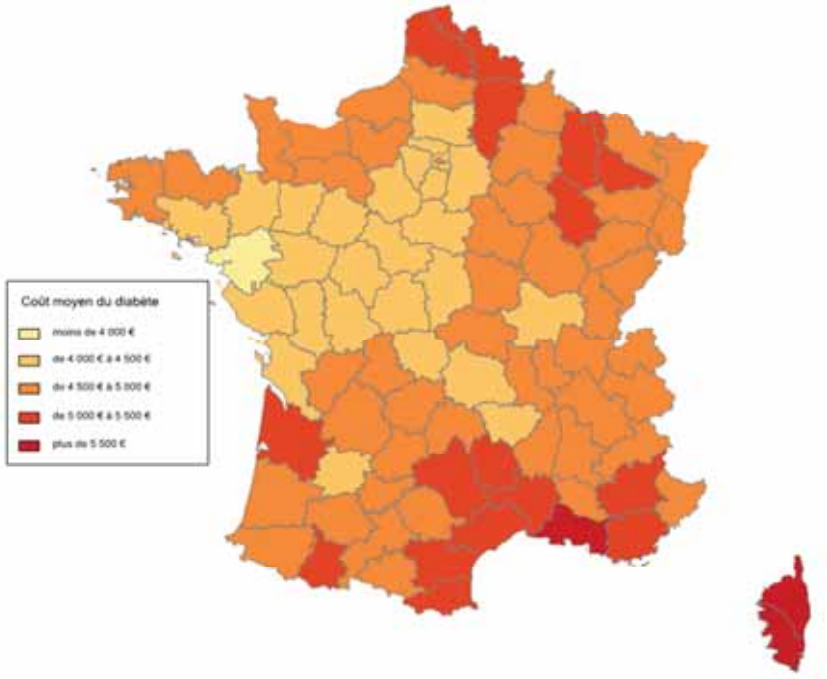
Carte n° 1 : dépense moyenne 2014 pour l'insuffisance rénale chronique (ALD 19)



Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS.

Concernant le diabète (ALD 8), la carte ci-après met en lumière une dépense environ 50 % plus élevée dans les Bouches-du-Rhône (5 817 €) qu'en Loire-Atlantique (3 946 €), au regard d'une moyenne nationale intermédiaire (4 805 €). Compte tenu de l'importance des effectifs, les écarts ont un impact financier important : en considérant le seul diabète, les dépenses d'assurance maladie dans les Bouches-du-Rhône comportent un surcoût de plus de 40 M€ par rapport à la moyenne nationale.

Carte n° 2 : dépense moyenne 2014 pour le diabète (ALD 8)



Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS.

Ces écarts territoriaux et leur ampleur qui apparaissent pour nombre d'ALD, devraient nécessairement appeler des analyses systématiques de leur justification. À ce jour, ils n'ont fait cependant l'objet d'aucune étude approfondie afin d'en rechercher les raisons.

Si certains facteurs peuvent partiellement les expliquer - nature des postes de dépenses concernés ; particularités dans l'organisation de l'offre de soins (structures d'accueil absentes du département), recours accru aux transports sanitaires, taux de recours à l'hospitalisation élevé, etc. -, le niveau élevé des dépenses peut être lié à des facteurs qui n'ont que peu à voir avec les stratégies thérapeutiques les plus efficientes : surdensité territoriale de certaines catégories de professionnels favorisant la multiplication des actes ou des prescriptions, stratégie d'optimisation financière comme par exemple dans les modes de recours aux différents types de transports sanitaires, etc..

S'il est difficile de tirer de ces comparaisons des conclusions définitives, en l'absence d'études ciblées, ces disparités territoriales corroborent néanmoins des constats déjà réalisés par la Cour dans le cadre d'autres travaux[220]. Ses constats mettaient également en lumière le niveau très élevé de certaines dépenses d'assurance maladie par habitant dans certains départements, sans qu'apparaissent toujours des facteurs explicatifs sur le plan épidémiologique.

À titre d'illustration, pour prendre la mesure du potentiel de maîtrise des dépenses que ces analyses indispensables permettraient d'éclairer, pour les dix ALD aux effectifs les plus importants, le surcroît de dépenses résultant, par rapport à la moyenne du reste de la France[221], des 20 départements présentant pour chacune d'elles les dépenses moyennes par patient les plus élevées représente environ 1,7 Md€ (sur un total de 41 Md€ de dépenses au titre de ces pathologies).

2 - Mettre en œuvre une politique active de gestion médicalisée en s'appuyant sur la nouvelle cartographie des dépenses d'assurance maladie

Une gestion médicalisée de la dépense emporte ainsi à l'évidence un potentiel d'économies non négligeable. Il est prioritaire à cet égard que les caisses d'assurance maladie mènent une politique plus systématique et active de gestion du risque et de contrôle d'éventuels abus et fraudes dans le champ des affections de longue durée, adaptée aux enjeux locaux, en s'appuyant sur les nouveaux outils d'analyse mis en place par la CNAMTS selon une approche dite de « cartographie des dépenses de soins et pathologies ».

[220] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015,* chapitre IX : les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral, p. 301-344, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

[221] Soit le coût moyen de chacune de ces ALD pour les patients des 80 autres départements.

La cartographie médicale des dépenses du régime général d'assurance maladie

Jusqu'en 2011, la méthode de caractérisation des maladies chroniques reposait sur une arborescence de critères, ayant pour racine le dispositif des affections de longue durée. L'analyse des dépenses, faite par catégorie de population, distinguait des groupes d'assurés définis par des situations successives et exclusives les unes des autres. Ainsi, pour éviter les doubles comptes, un patient en ALD pour diabète et soigné également pour dépression était comptabilisé uniquement dans le groupe « ALD diabète » et n'apparaissait pas dans le groupe « traitements chroniques par psychotropes ».

Cette méthode présentait des limites : appréhension limitée des situations de poly-pathologies, exclusion des personnes souffrant de pathologies chroniques, mais ne bénéficiant pas de l'exonération ALD, difficulté à ventiler les dépenses pathologie par pathologie…

À partir de 2012, la CNAMTS a mis en œuvre une nouvelle méthode de suivi des maladies, dénommée « cartographie médicale », afin de mieux appréhender analytiquement la dépense dans le périmètre de l'ONDAM. Elle repose sur une approche multicritères des épisodes de soins dont ont bénéficié les assurés.

Ainsi, pour le régime général, toutes les pathologies traitées, traitements et/ou épisodes de soins sont caractérisés (condition, fréquence, gravité, coûts) pour chaque patient; les bénéficiaires sont ensuite répartis en 13 grandes catégories non exclusives de pathologies, correspondant à 56 groupes non exclusifs, selon des algorithmes propres à chacun qui sont définis selon sept critères possibles (médicaments spécifiques à une maladie, diagnostics d'hospitalisation…), parmi lesquels figure la qualification en ALD. En fonction des dépenses observées, poste par poste, pour chacune des combinaisons possibles de pathologies, une répartition est ensuite opérée pour imputer les coûts de traitement à chacun de ces pathologies/traitements/épisodes de soins. Les données « tous régimes » sont obtenues par extrapolation de celles du régime général.

L'exploitation d'un tel outil a vocation à favoriser l'identification de marges d'efficience dans l'organisation des prises en charge, pathologie par pathologie, sur la base d'une analyse plus fine de la dépense de santé.

L'analyse des parcours de soins liés aux accidents vasculaires cérébraux

À l'aide de cet outil de cartographie des dépenses, la CNAMTS a analysé dans son rapport Produits et charges 2016[222] les parcours de soins des 625 000 bénéficiaires du régime général pris en charge en 2013 pour des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Les dépenses afférentes à ces prises en charge sont estimées à 3,5 Md€ en 2013, dont 1,4 Md€ attribuables à la phase aigüe, c'est-à-dire à la prise en charge des personnes hospitalisées pour AVC en cours d'année, et 2,1 Md€ attribuables à la phase dite chronique, qui se répartissent entre l'hôpital (570 M€, dont 87 % en soins de suite et de réadaptation), les soins de ville (1,2 Md€, dont 330 M€ en soins infirmiers et 240 M€ en pharmacie) et les prestations en espèces (dont 220 M€ en invalidité).

Le traitement des accidents ischémiques transitoires (AIT), dont la survenance signale un risque fort de constituer à court et moyen termes un accident vasculaire cérébral (AVC), et dont la prise en charge constitue un élément crucial de la prévention des AVC, a fait l'objet d'une analyse particulière. Elle montre que seules 29 % des personnes hospitalisées pour AIT ont fait l'objet d'un IRM, acte recommandé dans le cadre de la prise en charge. Elle met également en évidence l'insuffisance du recours, par rapport aux recommandations, aux traitements antihypertenseurs, aux anticoagulants ou aux antiagrégants plaquettaires un mois après l'hospitalisation. Elle conclut à la nécessité de renforcer l'information des patients et des médecins traitants sur la prise en charge recommandée de l'AIT, à des fins de prévention des AVC.

Si la cartographie constitue un outil utile d'analyse de la dépense de santé et d'orientation de la politique de gestion du risque de la CNAMTS, il reste néanmoins à évaluer l'effectivité des actions réellement mises en œuvre dans la continuité de ces analyses pour améliorer la qualité de la prise en charge et optimiser les dépenses.

À cet égard, les programmes relatifs à la prévention, à l'éducation thérapeutique ou à l'accompagnement du patient, à des fins d'optimisation du parcours de soins des malades chroniques, apparaissent encore très limités au regard des enjeux.

[222] CNAMTS, *Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2016*, juillet 2015

Les programmes développés par les caisses d'assurance maladie

Le RSI et la MSA ont développé des programmes personnalisés d'accompagnement des patients atteints du diabète ou de maladies cardio-vasculaires.

De même, le programme Sophia de la CNAMTS, généralisé à la fin de l'année 2012 après une phase d'expérimentation, est consacré aux malades atteints de diabète ou d'asthme. Il a vocation à favoriser l'observance de leur traitement, au moyen notamment d'appels téléphoniques conduits par des infirmiers conseillers en santé à partir de plateformes de la CNAMTS, et ainsi prévenir les risques de complications de leur pathologie (et les dépenses y afférant).

Le programme de retour à domicile (PRADO), déjà développé pour la sortie de maternité et la chirurgie orthopédique, et en phase de démarrage pour trois maladies chroniques (insuffisance cardiaque, broncho pneumopathie chronique obstructive et accidents vasculaires cérébraux) vise à améliorer la prise en charge rapide en ville des patients hospitalisés et à éviter les hospitalisations (pour amputations) ou les ré-hospitalisations (insuffisance cardiaque). À cet effet, un conseiller de l'assurance-maladie assure l'interface entre l'équipe médicale de l'hôpital, les professionnels de ville (médecin traitant, spécialiste, infirmier ou pharmacien) et les autres intervenants (prestataires de soins à domicile, de télé-vigilance, services sociaux…) pour faciliter le retour du patient à domicile.

Le programme RSI-diabète, lancé en 2009, propose gratuitement aux assurés diabétiques une consultation gratuite d'un médecin traitant ou d'un endocrinologue, une séance de prévention et de soins chez un pédicure-podologue, des séances d'éducation thérapeutique et une aide à la vigilance sur le respect du traitement et du parcours de soins, à des fins de prévention des complications de la maladie.

Si ces projets peuvent contribuer à une qualité et à une coordination accrues des soins reçus par les patients, leur impact en termes d'efficience et de maîtrise des dépenses n'est cependant pas démontré à ce jour, en l'absence d'évaluation médico-économique[223].

[223] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre VIII : « Les conventions avec les professions libérales de santé », p. 231-256, La Documentation française, septembre 2014, disponible sur www.ccomtpes.fr.

Les outils de la politique de gestion du risque mis en œuvre par la CNAMTS au cours des dernières années doivent plus largement s'inscrire dans une vision intégrée et cohérente des parcours de santé des malades chroniques. La gestion médicalisée des maladies chroniques est en ce sens à appuyer sur des modalités repensées de tarification des prises en charge dans l'objectif d'une maîtrise accrue de la dépense et d'une qualité renforcée des soins.

B - Adapter les modes de tarification et de rémunération aux caractéristiques des maladies chroniques

1 - Un désalignement croissant entre les modes d'organisation de l'offre de soins pour les pathologies lourdes et chroniques et les modes de tarification et de prise en charge financière

La prévalence croissante des pathologies chroniques suscite depuis plusieurs années une réorientation profonde de l'organisation du système de santé autour du patient, dont toutes les conséquences peinent à être tirées en termes de tarification, au prix d'un accroissement de moins en moins soutenable des dépenses.

Les caractéristiques de ces pathologies ont conduit à faire évoluer les modalités de prise en charge sanitaire des patients, au premier chef ceux en ALD qui ont les pathologies les plus lourdes : d'une part, les soins ne sont plus seulement concentrés sur des épisodes aigus, gérés essentiellement à l'hôpital, mais alternent diverses phases de traitement, d'intensité variable selon la maladie, qui nécessitent une prise en charge continue et structurée en médecine de ville ; d'autre part, les patients présentent de plus en plus fréquemment des comorbidités, qui rendent cruciale la mise en place d'une prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée. Dans la continuité des nombreuses expérimentations mises en œuvre au cours des dernières années, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a consacré le parcours de soins comme le socle de l'organisation du système de santé.

Or, dans le même temps, les modes de tarification et de prise en charge par l'assurance maladie des actes de soins en ville n'ont été adaptés qu'à la marge aux enjeux de la chronicisation des pathologies et du développement d'une médecine de parcours. Les prises en charge en ville continuent en effet de faire l'objet, pour l'essentiel, d'une tarification à l'acte par chaque professionnel de santé mobilisé pour la prise en charge d'un malade chronique.

Des modes de rémunération complémentaires ont certes été développés pour favoriser les pratiques professionnelles regroupées ou coordonnées et inciter au respect des bonnes pratiques et des enjeux de santé publique, mais leur mise en œuvre est restée parcellaire ou inaboutie. Surtout, ils s'ajoutent au paiement à l'acte et ne s'y substituent que rarement.

Le développement des modes de rémunération complémentaire des professionnels de santé

Les médecins libéraux bénéficient depuis la convention médicale de 2005 d'une rémunération forfaitaire de 40 € par an pour chacun de leurs patients en ALD. Ce mode de rémunération, dont le coût pour l'assurance maladie a atteint 347 M€ en 2014, n'a pas été mis au service d'une gestion médicalisée renforcée des dépenses, puisqu'il est accordé automatiquement et versé en sus des honoraires perçus pour chaque acte.

A également été mis en place en 2011 un dispositif de rémunération complémentaire des médecins sur objectifs de santé publique, indexée sur l'atteinte d'objectifs divers, dont la surveillance du diabète et la prévention des risques de complication. Les objectifs relatifs aux pathologies chroniques restent néanmoins insuffisants. C'est pourquoi la Cour a invité à les élargir à d'autres pathologies, comme l'insuffisance rénale chronique, et à la rationalisation des prescriptions de soins infirmiers par les médecins, facteur d'optimisation des parcours[224].

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 avait en outre ouvert la voie à des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR), qui consistent en la rémunération forfaitaire de certaines missions coordonnées (gestion d'une structure pluriprofessionnelle, concertation entre professionnels), de nouveaux services (éducation thérapeutique du patient, suivi renforcé des cas complexes) et de délégations d'actes à des professionnels non médecins. Si ces expérimentations ont été pérennisées et généralisées, après l'échec des négociations conventionnelles de novembre 2014, par un règlement arbitral (arrêté du 23 février 2015), elles ne répondent qu'imparfaitement aux enjeux de maîtrise des coûts liés à la prise en charge de maladies chroniques. Leur mise en œuvre étant limitée aux seules structures pluri-professionnelles de premier recours (maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé), elles contribuent davantage au

[224] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre IX : les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maitrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai, p. 301-344, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

renforcement de l'efficience des structures qu'à celle du parcours de soins du patient.

Le désalignement croissant des modes d'organisation des soins, d'une part, et de tarification et de prise en charge, d'autre part, pèse sur les dépenses remboursées dans le cadre du dispositif des ALD et contribue à la dynamique d'accroissement des dépenses de santé. En effet, le maintien d'une tarification à l'acte dans le cadre d'une prise en charge de maladies chroniques, de longue durée, qui suppose l'intervention fréquente de plusieurs professionnels de santé, revêt un caractère par nature inflationniste.

En l'état actuel, les modalités de rémunération complémentaires, forfaitaires ou incitatives des professionnels de santé, ne contribuent pas assez à la régulation des dépenses de santé, sans pour autant concourir suffisamment à une prise en charge médicale et à un suivi de qualité des patients atteints de maladies chroniques.

2 - Étudier une forfaitisation de la prise en charge des pathologies chroniques

Une refonte plus globale des modalités de tarification des prises en charge apparaît nécessaire pour remédier à une situation qui tend à faire que l'admission en ALD est la condition d'un suivi médical de qualité, en permettant de bénéficier d'une prise en charge à 100 % de tous les actes, aussi nombreux et répétés soient-ils, que nécessite l'état de santé du patient.

La confusion entre une conception de l'affection de longue durée justifiant un suivi médical spécifique et global, du dépistage aux soins en intégrant aussi les problématiques de prévention, d'éducation thérapeutique, d'observance des traitements, et un mécanisme financier d'exonération du ticket modérateur facilitant un large accès à des soins, eux-mêmes tarifés à l'acte, entretient de fait une dynamique qui conduit à une impasse évidente.

Il importe ainsi de progressivement ne plus lier systématiquement qualité de l'organisation des soins autour du patient, paiement à l'acte et exonération du ticket modérateur.

À cet égard, il conviendrait, en premier lieu, de remplacer le paiement à l'acte par un forfait global de rémunération pour la prise en charge d'un patient atteint d'une pathologie lourde et chronique. Ce forfait, représentant la rémunération des médecins chargés du suivi des patients en ALD, serait modulé selon l'état et les besoins du patient (âge, poly-pathologies, stabilité de la situation de santé, autonomie…) en substitution de toute tarification individuelle des différents actes concernés. Une telle rémunération forfaitaire devrait être assortie

d'indicateurs de performance afin de suivre la qualité de la prise en charge médicale des patients concernés.

Les enveloppes de rémunération limitatives des professionnels de santé et la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques en Allemagne[225]

L'Allemagne a mis en place en 2009 un mécanisme de régulation globale des rémunérations versées aux médecins de ville. Il est ainsi établi, au niveau de chaque échelon régional (*Land*) une « enveloppe de rémunération globale liée à la morbidité » qui fixe la limite budgétaire maximale des dépenses de médecine de ville. Celle-ci est établie en combinant des éléments de prix, fixés au niveau fédéral, et de paramètres quantitatifs, basés sur les besoins de soins exprimés (soins facturés l'année précédente, évolution du nombre des assurés et de leur morbidité). Des paiements pour des soins extérieurs à l'enveloppe peuvent être accordés par les caisses, au cas par cas.

Par ailleurs, des programmes de traitement structurés pour chaque type de maladie chronique associant plusieurs types de prestataires de soins ont été développés avec le double objectif, d'une part d'améliorer la qualité des soins et d'accroître l'efficience du traitement de cette catégorie de malades et, d'autre part, de maîtriser les coûts additionnels pour le Fonds de santé. Ce dispositif concerne plusieurs millions de patients. Il repose sur des contrats passés entre les caisses, qui reçoivent des incitations financières, et chaque patient qui, s'il y adhère, bénéficie de la modulation de sa participation financière aux soins - en tout état de cause plafonnée à 1 % du revenu pour les patients atteins de pathologies chroniques contre 2 % pour les autres assurés - et de tarifs optionnels, en contrepartie de soins prodigués dans le cadre d'une offre organisée par pathologie. Ces contrats se réfèrent aux lignes directrices en matière de prise en charge arrêtées par le Comité fédéral commun[226] en fonction de l'état de l'art.

[225] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015, c*hapitre XVI : Les systèmes d'assurance maladie en France et en Allemagne, p.559-634, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr

[226] Le *Gemeinsame Bundesausschuss* (G-BA) est l'organe de décision suprême de l'auto-administration commune des médecins, des dentistes, des hôpitaux et des caisses d'assurance maladie en Allemagne.

Dans un deuxième temps, le principe de forfaitisation pourrait être étendu, de façon expérimentale, à l'ensemble des dépenses de ville afférentes au parcours de santé des patients atteints de certaines pathologies chroniques, dans le prolongement des recommandations que la Cour a déjà formulées pour améliorer la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale[227]. Pour celles dont il est possible de déterminer un parcours-type de prise en charge, pourraient ainsi être établies des enveloppes forfaitaires globales de prise en charge, correspondant au parcours de santé prévisible du patient, en fonction de son état et du stade d'avancement de sa maladie. Ces forfaits incluraient la part remboursable des honoraires des professionnels de santé (médecins généraliste et spécialistes, infirmiers,…) mobilisés dans le cadre du protocole thérapeutique ainsi que les montants des diverses prestations, examens et produits de santé nécessaires à leur prise en charge. Afin d'assurer une prise en charge de qualité, l'évaluation des interventions et des prestations définies par le protocole thérapeutique serait encadrée par les recommandations de la HAS. Dans le cadre de cette enveloppe, le forfait global de rémunération remboursable des professionnels se substituerait au paiement à l'acte.

Sans contraindre la liberté de prescription des médecins, la définition de ces enveloppes de soins modulables en fonction des besoins et de l'état du patient permettrait d'améliorer l'efficience et la qualité des prises en charge, au rebours des écarts importants de niveau de dépenses constatés notamment au plan territorial sans justification médico-économique avérée.

La mise en œuvre de telles enveloppes forfaitaires devrait être couplée avec un renforcement des dispositifs de régulation des dépassements d'honoraires, afin d'éviter que le caractère forfaitaire de la rémunération perçue par les professionnels ne soit privé de son sens par des dépassements tarifaires laissés à la charge du patient.

[227] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre X : L'insuffisance rénale chronique terminale ; favoriser des prises en charge plus efficientes, p. 345-378, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

_____ *CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS*_____

L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques s'est traduite par une croissance vive et continue du nombre de bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée, qui bénéficient d'une exonération de ticket modérateur pour les soins en lien avec leur(s)pathologie(s). Ce mode de prise en charge renforcée par l'assurance maladie a un impact significatif sur la croissance des dépenses de santé : les dépenses de soins des patients en ALD ont ainsi représenté 89,3 Md€ en 2013 (tous régimes confondus), soit plus de 60,8 % des dépenses remboursées par la sécurité sociale, cette part étant appelée à encore augmenter à l'avenir.

La part prépondérante et croissante des dépenses de l'assurance maladie liée aux ALD pèse sur le niveau de prise en charge du reste de la population française.

La dynamique des dépenses de soins des patients en ALD n'est à ce jour pas maîtrisée. Les déterminants de la dépense demeurent insuffisamment cernés au-delà des facteurs connus que sont le vieillissement et la chronicisation des pathologies. Les politiques de contrôle menées jusqu'à présent n'ont qu'une portée limitée.

La nécessité d'organiser une véritable maîtrise médicalisée des dépenses est donc urgente et, à cet égard, les atypies en matière de dépenses comme les très fortes disparités géographiques mises en lumière témoignent de l'importance des enjeux en la matière.

Au-delà, la période récente est caractérisée par un désalignement croissant entre les modes d'organisation de l'offre de soins pour les patients atteints de pathologies lourdes et chroniques et les modes de tarification et de prise en charge qui sont restés inchangés.

La rémunération à l'acte, par son effet inflationniste, n'est pas adaptée à une prise en charge globale et coordonnée des patients dans le cadre de parcours de soins.

Il apparaît ainsi nécessaire de faire évoluer les modalités de tarification actuelles vers une forfaitisation de la rémunération des professionnels par patient en ALD, modulée en fonction des caractéristiques du patient et de sa maladie et assortie d'indicateurs permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge.

En outre, l'expérimentation d'enveloppes financières par pathologie chronique et par patient couvrant l'ensemble des besoins de ces derniers dans le cadre de leurs protocoles de soins autoriserait tout à la fois une amélioration de la prise en charge et une maîtrise accrue des dépenses, comme cela a pu être constaté à l'étranger.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

15. *assurer un suivi exhaustif et précis des dépenses d'ALD, de leurs évolutions et de leurs déterminants afin de mieux anticiper et maîtriser les prises en charge ;*
16. *mettre en œuvre des actions de réduction des atypies de dépenses, notamment des disparités territoriales de coûts moyens de prise en charge, pathologie par pathologie ;*
17. *substituer au paiement à l'acte un système de rémunération forfaitaire pour les médecins prenant en charge des malades chroniques en ALD, modulable suivant l'état de santé du patient et le stade d'avancement de la pathologie, assorti d'indicateurs permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge ;*
18. *expérimenter, pour certaines pathologies chroniques, un dispositif d'enveloppe globale et modulable de dépenses par patient atteint de maladie chronique, couvrant l'ensemble des prestations nécessaires et des rémunérations des professionnels de santé.*

Chapitre VI

Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder

PRÉSENTATION

Avec un montant de 10,6 Md€, les soins bucco-dentaires représentaient en 2014 5,6 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux. Cette dépense, qui concentre une part importante des dépenses de soins de ville (21,2 %), connaît une progression constante.

Dans son rapport sur la sécurité sociale de 2010[228]*, la Cour avait appelé les pouvoirs publics à définir de manière urgente une stratégie globale et explicite articulant l'ensemble des problématiques relatives à ce secteur pour remédier à une situation préoccupante. Elle constatait en effet un désengagement financier de l'assurance maladie, l'échec de la politique conventionnelle à endiguer la dérive des coûts et des disparités importantes d'accès aux soins tant du point de vue géographique que financier.*

Six ans plus tard, la Cour a souhaité revenir sur ce secteur pour examiner les évolutions intervenues depuis lors, tant au regard des enjeux de santé publique qui s'y attachent que de l'égalité d'accès aux soins des assurés sociaux dans le contexte d'une érosion continue des prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Cette dernière ne prend en effet désormais plus en charge que 33 % des dépenses dentaires, les assurances complémentaires 39 % - elles en sont ainsi devenues le premier financeur - et les ménages 25 %.

La Cour a constaté un attentisme des pouvoirs publics face aux conséquences de ce désengagement qui s'aggravent pour les assurés sociaux. En particulier, le renoncement aux soins pour raisons financières touche près d'un patient sur cinq.

La prise en charge des soins bucco-dentaires par l'assurance maladie continue à se dégrader, non sans conséquences fortes en termes d'accès aux soins et de situation sanitaire d'une partie de la population (I). Les acteurs publics demeurent en effet dans une relation de faiblesse avec les professionnels (II). L'organisation des soins bucco-dentaires et leurs modalités de financement doivent ainsi être repensées en profondeur (III).

---

[228] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre XIII : les soins dentaires, p. 317-350, La Documentation française, septembre 2010, disponible sur www.ccomptes.fr.

I - Une prise en charge par l'assurance maladie qui continue à se dégrader

Le domaine des soins bucco-dentaires est caractérisé par une participation limitée de l'assurance maladie obligatoire (AMO) à la prise en charge des dépenses individuelles. Ce désengagement concourt avec les disparités territoriales d'implantation des chirurgiens-dentistes à des inégalités marquées dans l'accès aux soins. Dans ce contexte, l'état de santé de la population apparaît médiocre au regard des données disponibles, en dépit des progrès constatés en termes de prévention chez les enfants.

A - Des dépenses mal connues, mal maîtrisées et dont l'assurance maladie ne finance plus que le tiers

1 - Une érosion accentuée de l'intervention de l'assurance maladie obligatoire, un transfert accru sur les assurances maladie complémentaires devenues le premier financeur

La dépense de soins dentaires est estimée, pour 2014, à près de 10,6 Md€, soit 5,6 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux[229] totale qui s'élevait à 190,6 Md€[230].

Des dépenses imparfaitement connues

Seules les dépenses relatives aux actes remboursables par l'assurance maladie obligatoire de base à tarif opposable (consultations, soins conservateurs et chirurgicaux, radiologie, prévention), c'est-à-dire pour lesquels les dépassements d'honoraires sont prohibés, sont connues de manière précise. Les dépassements d'honoraires sur des actes remboursables par l'AMO, mais sans que ces dépassements soient remboursés par cette dernière, sont recalculés à partir des données globales de remboursement. Les dépenses liées aux actes non remboursables par l'AMO (implants, orthodontie adulte, blanchiment) font quant à elles l'objet d'estimations assez sommaires.

[229] CSBM : valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Elle comprend tous types de dépenses remboursables ou non par l'assurance maladie et présentées ou non au remboursement.
[230] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Le degré de liberté des chirurgiens-dentistes dans la fixation des honoraires et le niveau de la prise en charge des dépenses par l'AMO varient en fonction de la nature des actes pratiqués.

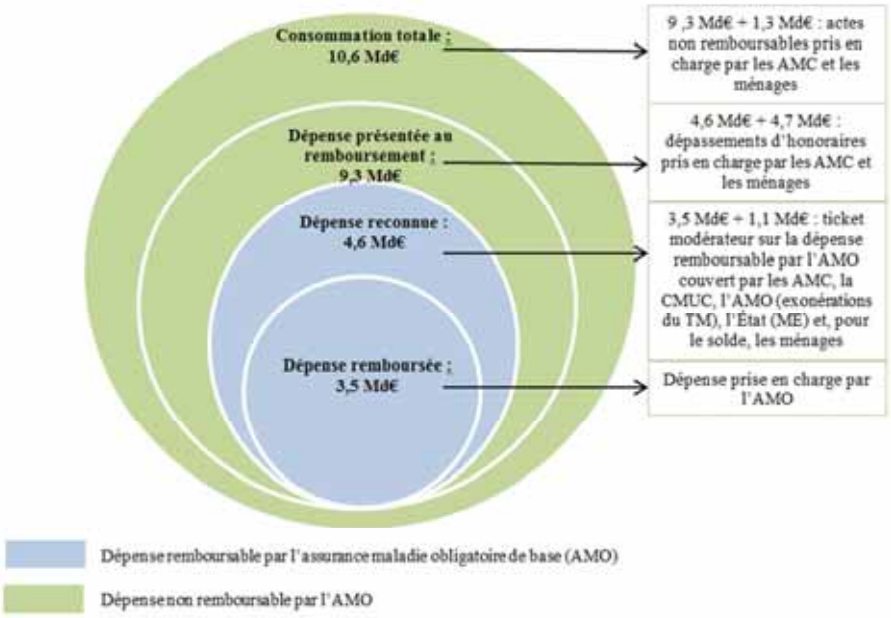
Tableau n° 58 : prise en charge des dépenses de soins bucco-dentaires par l'assurance maladie obligatoire par type d'acte

Type d'acte	Tarif applicable	Remboursement AMO
Consultations, soins conservateurs et chirurgicaux, radiologie, prévention	Tarifs fixés conventionnellement. Dépassements prohibés sauf exceptions	Oui, à hauteur de 70 % du tarif
Soins prothétiques et orthodontie < 18 ans	Tarif conventionnel SS + Dépassements autorisés fixés librement par le praticien	Oui pour la part conventionnelle, à hauteur de 70 % Non pour la part correspondant à des dépassements
Actes non remboursables (implants, orthodontie adulte, blanchiment)	Honoraires libres	Non

Source : Cour des comptes d'après la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

Comme le montre le graphique ci-après, la dépense non remboursable par l'assurance maladie obligatoire de base, soit 6 Md€, représente une part prépondérante de la dépense totale (57 %). Elle est constituée de dépassements d'honoraires sur des actes remboursables par l'AMO (4,7 Md€) et d'actes non remboursables (1,3 Md€).

Schéma n° 1 : décomposition de la dépense dentaire et de ses sources de financement (2014)



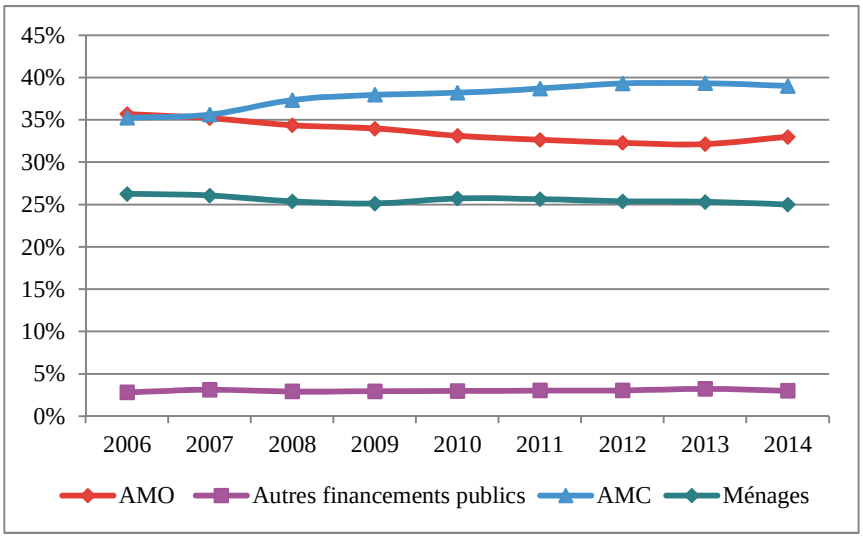
Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES.

L'assurance maladie obligatoire de base joue un rôle minoritaire dans le financement total de la dépense. En 2014, elle ne prenait plus en charge que 33 % des dépenses dentaires (3,5 Md€ environ), contre 39 % pour les assurances complémentaires (4,1 Md€) et 25 % pour les ménages (2,7 Md€)[231]. Les 3 % restants (0,3 Md€) relevaient de financements publics[232].

Entre 2006 et 2014, la part des dépenses prises en charge par l'AMO a baissé de 36 % à 33 %. Cette diminution a été largement mécanique, dès lors que la dépense a progressé plus rapidement sur des segments qu'elle finance peu, comme l'orthodontie, ou pas du tout, comme les implants ou le traitement des maladies de la gencive.

[231] En Allemagne, l'assurance maladie a au contraire un rôle prépondérant, avec 68 % des dépenses, contre 22 % pour les assurances privées et 10 % pour les ménages.
[232] Dépenses liées à la CMU-C et à l'aide médicale de l'État notamment.

Graphique n° 18 : évolution de la prise en charge des dépenses dentaires par type de financeur (2006-2014)



Source : Cour des comptes d'après données DREES.

Les organismes d'assurance maladie complémentaire (AMC) sont ainsi devenus, depuis 2008, les premiers financeurs des soins dentaires, avec un montant remboursé de 4,1 Md€ en 2014. Les mutuelles en prennent en charge la plus grande part (50 %). Les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance en couvrent chacune 25 %, leurs dépenses progressant très rapidement (+52 % entre 2006 et 2014).

En 2014, la dépense directe des ménages a atteint près de 2,7 Md€, soit le quart de la dépense dentaire estimée. Cette part, quoique stable depuis 2008, représente un reste à charge conséquent pour les assurés sociaux[233] et, ce faisant, un motif essentiel du renoncement aux soins dentaires par ces derniers.

[233] Évalué en 2013 à 240 € pour une couronne métallique, 500 € pour une couronne céramo-métallique et à 700 € pour une prothèse uni-maxillaire par l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM).

La couverture des soins dentaires dans d'autres pays européens : les exemples de l'Allemagne et des Pays-Bas

En Allemagne, pour les 70 millions de personnes affiliées au régime légal d´assurance maladie (soit 85 % de la population), la prise en charge des soins dentaires est plus généreuse que celle des affiliés au régime général en France.

D'une part, la part de la dépense dentaire prise en charge par l'assurance maladie légale (l'équivalent de l'AMO), est plus importante en Allemagne qu'en France puisqu'elle se monte à 12,4 Md€, sur un total de 18,2 Md€ (soit 68 %), le reste étant pris en charge par les assurances privées à hauteur de 3,9 Md€ (soit 22 % du total) et directement par les ménages à hauteur de 1,8 Md€ (soit 10 % du total). D'autre part, le panier de soins dentaires pris en charge est plus étendu puisqu'il couvre les soins chirurgicaux et conservateurs, les soins de prévention (notamment pour les mineurs, les personnes handicapées et les personnes fragiles), les soins d´orthodontie pour les mineurs et les soins parodontaux.

Aux Pays-Bas, depuis la réforme du système de santé de 2006, un régime unique obligatoire de couverture maladie a été créé. Il inclut les soins dentaires pour les enfants et jeunes de moins de 18 ans et les soins dentaires spécialisés pour les personnes âgées. L'assurance maladie obligatoire néerlandaise couvre les soins dentaires tels que les soins préventifs, applications de fluor jusqu'à deux fois par an à partir de l'âge de six ans, plombages, mais ne comprend pas les traitements orthodontiques (appareils dentaires), ni les couronnes et bridges. À partir de 18 ans, les adultes doivent prendre une assurance complémentaire pour se faire rembourser les frais des soins dentaires. Le taux de remboursement dépend de l'assurance contractée. Pour les prothèses dentaires, elles sont relativement bien remboursées dans la mesure où le patient n'assume que 25 % du prix, le reste étant couvert par l'assurance maladie.

2 - Des dépenses tirées par les soins prothétiques et les dépassements d'honoraires

La dépense dentaire estimée a progressé de 2 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2014, moins vite cependant que la dépense globale de soins de ville (+3 %). Si cette dépense a légèrement baissé en 2014 (-0,1 %, du fait d'une réduction de 1,2 % du nombre d'actes), elle est repartie fortement à la hausse en 2015 (+2,7 %), sous l'effet de revalorisations tarifaires intervenues pour l'essentiel en juin 2014, à la suite d'un nouvel avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes[234].

[234] Avenant n° 3 du 31 juillet 2013, publié au Journal officiel le 30 novembre 2013.

Les honoraires[235] perçus par les chirurgiens-dentistes (orthodontistes et omnipraticiens) ont représenté plus de 9 Md€ en 2014[236], soit un montant moyen par praticien, toutes spécialités confondues, de 246 400 €. S'il ne dépasse que légèrement l'inflation[237], le taux de croissance annuel moyen des honoraires depuis 2005 (+1,8 %) recouvre de fortes disparités entre spécialités.

Les honoraires annuels moyens des orthodontistes ont été, en 2014, plus de deux fois plus élevés que ceux des omnipraticiens (488 300 € contre 230 900 €) et ont augmenté plus de trois fois plus vite depuis 2005 (+5,1 % par an en moyenne contre +1,4 % pour les omnipraticiens).

Les dépassements d'honoraires ont atteint 4,7 Md€ en 2014, représentant 52 % du total des honoraires (contre moins de la moitié en 2005). Ils constituent 67 % des honoraires des orthodontistes, contre 51 % pour les omnipraticiens.

Les actes prothétiques, beaucoup plus rémunérateurs en raison des dépassements d'honoraires pouvant être pratiqués, représentent 62 % des honoraires des omnipraticiens, mais 12 % seulement de leurs actes ; les soins conservateurs et chirurgicaux (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) 25 % des honoraires, mais 53 % des actes.

La liberté tarifaire étendue accordée aux chirurgiens-dentistes a pour conséquence des écarts de prix très importants entre professionnels et entre zones géographiques. On relève ainsi, en moyenne, un surcoût de 26 % des tarifs pratiqués par les chirurgiens-dentistes parisiens par rapport à leurs confrères de province, comme le montre le tableau ci-dessous. Elle concourt par ailleurs à de fortes inégalités de revenus entre praticiens (voir encadré).

[235] Il s'agit ici des honoraires hors ceux liés à des actes hors nomenclature.
[236] CNAMTS (système national inter-régimes de l'assurance maladie).
[237] Soit +1,6 % ; INSEE Indice des prix à la consommation harmonisé - Ensemble des ménages (Métropole + DOM).

Tableau n° 59 : tarif moyen d'une couronne céramo-métallique facturé par décile de chirurgiens-dentistes

En € (2015)

Décile	Paris	Île-de-France hors Paris	France métropolitaine hors IDF
1	369	339	327
2	504	454	413
3	559	502	446
4	602	536	469
5	636	563	490
6	670	588	510
7	711	612	533
8	764	640	558
9	834	675	592
10	1 090	772	686

Source : CNAMTS (DCIR 2015).

Ces tarifs sont à mettre en regard d'un prix d'achat moyen au prothésiste de 115 €[238].

D'importantes disparités de revenus entre praticiens

Les écarts de revenus déclarés[239] entre chirurgiens-dentistes sont considérables : au titre des bénéfices non commerciaux (BNC), 50 % ont déclaré en 2014 des résultats fiscaux annuels inférieurs à 75 000 € et les 10 % ayant les résultats les plus élevés un résultat fiscal moyen de 305 000 €, avec un maximum de 2,7 M€.

Tableau n° 60 : répartition par décile des revenus fiscaux (BNC des chirurgiens-dentistes)

En € (2014)

Décile	Minimum	Moyenne	Maximum
1	1	13 189	23 334
2	23 335	30 824	37 644
3	37 646	43 854	50 068
4	50 074	56 238	62 205
5	62 213	68 500	75 049
6	75 057	81 786	88 931
7	88 936	97 549	107 086
8	107 095	119 014	132 814
9	132 842	154 585	184 506
10	184 542	304 777	2 663 956

Source : DGFIP (fichier des redevables professionnels 2014.

[238] ALCIMED, étude des modalités de tarification des soins prothétiques et de l'information des assurés, novembre 2012.

[239] Pour appréhender le revenu net des praticiens, il convient de défalquer des honoraires perçus, le montant des charges des cabinets dentaires (en moyenne, 66 % pour un chirurgien-dentiste omnipraticien et 56 % pour un orthodontiste).

Les revenus des chirurgiens-dentistes libéraux sont, à quelques exceptions près, inversement proportionnels à leur densité sur un territoire donné : plus celle-ci est importante, moins les revenus moyens sont élevés. À l'inverse, dans les départements où la densité de libéraux est particulièrement faible, les revenus estimés sont supérieurs à la moyenne

B - De profondes inégalités d'accès aux soins en fonction des revenus et des lieux de vie

1 - Un renoncement aux soins pour des motifs financiers deux fois plus élevé en France qu'en Europe

17,7 % des assurés sociaux déclaraient avoir renoncé à des soins dentaires pour raisons financières en 2012[240], soit près d'un assuré sur cinq. À titre de comparaison, le renoncement aux soins d'optique et aux consultations de médecins concernait respectivement 9,8 % et 5,5 % d'entre eux. Les soins dentaires concentraient à eux seuls près de la moitié (47,1 %) des renoncements à des soins pour des motifs financiers[241].

C'est aux implants et prothèses, c'est-à-dire aux soins les plus coûteux, que les Français[242] renoncent le plus : sur l'ensemble des personnes ayant déclaré avoir renoncé à au moins un soin dentaire en 2012, 68 % avaient renoncé à la pose d'une couronne, d'un bridge ou d'un implant dentaire et 18 % à des soins conservateurs. Rapporté à la population globale, ce sont près de 4,7 millions de personnes qui auraient renoncé à des soins prothétiques en 2012.

[240] Selon l'enquête « santé et protection sociale » (ESPS) menée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). Cette enquête de référence sur la santé, l'accès aux soins et la couverture maladie en France est effectuée tous les deux ans auprès d'un échantillon de 8 000 ménages, soit 22 000 personnes, représentatif d'environ 97 % de la population vivant en France métropolitaine.

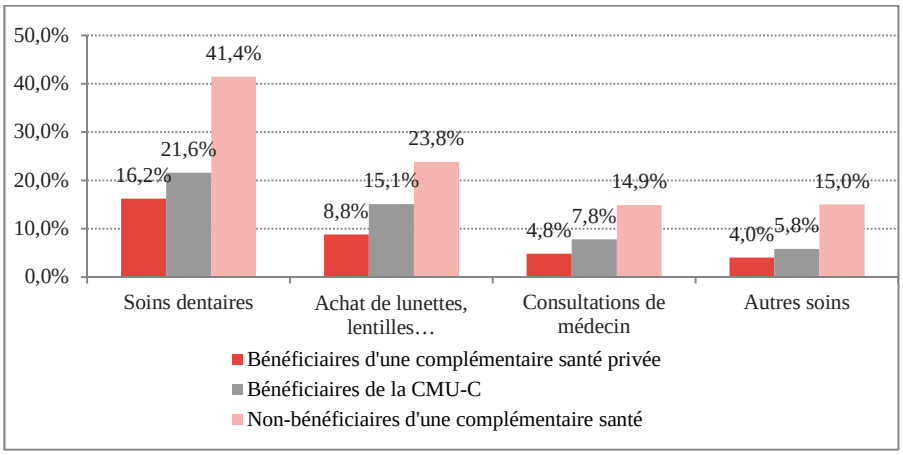
[241] Selon une étude récente, la peur des soins constitue le second motif de renoncement aux soins dentaires (25,2 %) après les raisons financières. Cf. Sabine Chaupain-Guillot, Olivier Guillot, Éliane Jankeliowitch-Laval Le renoncement aux soins médicaux et dentaires, Économie et statistique, n° 469-474, juillet 2014,

[242] Population métropolitaine âgée de 18 et plus.

Selon l'enquête Eurobaromètre CSA/Europ Assistance 2013, qui mesure le renoncement aux soins en ce domaine dans huit pays européens et aux États-Unis, la France occupe la première place du classement, avec un taux de renoncement plus de deux fois supérieur à la moyenne européenne. L'importance de la dépense restant à la charge de l'assuré en est la cause principale. En octobre 2015, le réseau de santé Santéclair a publié une évaluation auprès de ses membres[243] du lien entre les niveaux de renoncement aux soins prothétiques et de reste à charge (RAC) : pour un RAC nul, le renoncement s'élève à 20 % ; pour un RAC compris entre 1 000 et 2 000 €, il atteint 47,7 %.

L'absence d'assurance maladie complémentaire aggrave ce phénomène. Le renoncement aux soins dentaires des personnes ne disposant pas d'une couverture complémentaire dépasse 41 %, contre 16 % pour celles qui en bénéficient[244], comme le montre le graphique ci-après.

Graphique n° 19 : incidence de la couverture complémentaire sur le renoncement aux soins pour des raisons financières (2012)



Source : IRDES (ESPS 2012).

[243] 3 240 dossiers analysés.
[244] IRDES, *op.cit.*

L'introduction de la CMU-C au 1er janvier 2000 a cependant joué à cet égard un rôle protecteur majeur. Le taux de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C a été, en effet, divisé par deux depuis lors. Il continue cependant à s'inscrire à un niveau élevé (21,6 % en 2012) : pour une part, les bénéficiaires de la CMU-C ne sont pas toujours en mesure d'exercer leurs droits. En outre, un grand nombre de bénéficiaires potentiels de la CMU-C n'en font pas la demande [245].

Plus récemment, la généralisation de l'assurance complémentaire pour les salariés au 1er janvier 2016[246] a permis de couvrir environ 400 000 assurés qui ne l'étaient pas (dans le cadre de l'entreprise ou à titre individuel) et d'apporter des garanties accrues à une partie des salariés déjà couverts[247].

Le « tourisme dentaire »

Quoique fortement médiatisé, le « tourisme dentaire » à l'étranger constitue un phénomène marginal.

En 2014, les soins dentaires réalisés à l'étranger - essentiellement de nature prothétique - ont représenté un montant de 11,7 M€[248], dont 2,7 M€ à la charge de l'assurance maladie (soit 0,1 % seulement du montant des remboursements de soins dentaires réalisés en France).

Plus de la moitié des actes ont été réalisés en Hongrie (3,2 M€), en Espagne (2,7 M€) et au Portugal (1,7 M€). La dépense moyenne par patient dépasse 1 000 € en Hongrie (1 428 €) et en Roumanie (1 033 €).

[245] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre XII : l'accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler, p. 415-448, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

[246] Instaurée par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

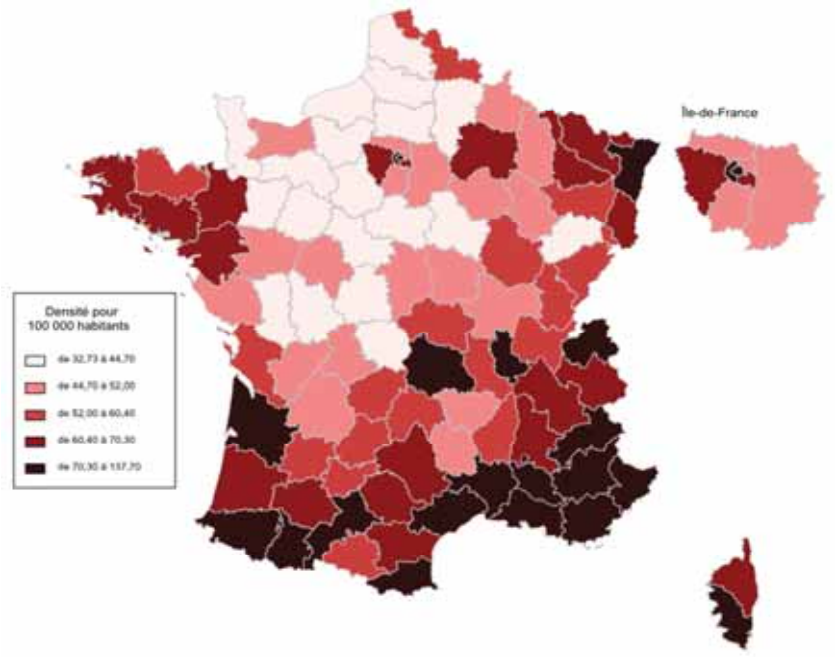
[247] Un décret du 8 septembre 2014 a en effet fixé comme plancher de garanties par les assurances maladie complémentaires la prise en charge intégrale du ticket modérateur et d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie obligatoire relatives aux soins prothétiques et orthodontiques.

[248] Rapport d'activité 2014 du Centre national de soins à l'étranger, géré par la CPAM du Morbihan.

2 - Des territoires délaissés

En 2015, la densité des chirurgiens-dentistes en France métropolitaine[249] était de 63,6 praticiens pour 100 000 habitants et de 41,4 dans les départements d'outre-mer. Cette moyenne recouvre de très fortes disparités géographiques, avec une surdensité marquée à Paris (106) et dans le Sud et le pourtour méditerranéen (114 dans les Alpes-Maritimes, 89 en Haute-Garonne, 83 en Corse du Sud, contre 32 dans la Somme, 36 dans la Creuse ou 37 dans la Manche).

Carte n° 3 : densité des chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, en 2014, en France métropolitaine



Source : Cour des comptes d'après les données du RPPS.

[249] Calculée sur la population totale des chirurgiens-dentistes en activité, telle que recensée dans le RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé).

Ces disparités ne résultent pas de l'évolution globale de la démographie des chirurgiens-dentistes (voir encadré *infra*) : alors que des études menées par la DREES en 2007 sur la démographie des professions de santé anticipaient une chute de la densité moyenne des chirurgiens-dentistes, de 65 pour 100 000 habitants en 2006 à 40 pour 100 000 en 2030, elle est demeurée stable à ce jour.

Elles induisent de fortes inégalités pour l'accès aux soins dentaires, qui risquent de s'aggraver encore sous l'effet d'une pyramide des âges très défavorable dans certains départements déjà en sous-densité. En effet, dans un quart des départements, d'ici à 2030, plus de la moitié des chirurgiens-dentistes auront atteint 66 ans.

Pour corriger ces disparités, seules ont été mises en œuvre à ce jour des mesures incitatives à l'installation dans les zones déficitaires, à l'instar des dispositifs en vigueur pour les infirmiers libéraux et les sages-femmes. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 est allée cependant plus loin en posant les bases d'un conventionnement conditionnel (voir *infra*).

La démographie des chirurgiens-dentistes

L'effectif des chirurgiens-dentistes - 40 410 en 2014 - est stable depuis le début des années 2000, après avoir doublé en trente ans, passant de 20 000 environ en 1970 à plus de 40 000 à l'aube de l'an 2000.

Divisé par plus de deux entre les années 1970 et les années 1990, le numerus clausus s'est stabilisé à 800 étudiants dans les années 2000 puis a augmenté régulièrement pour atteindre près de 1 300 places en 2015-2016.

Si la part des diplômés à l'étranger reste faible (5,1 % en 2014), elle augmente rapidement : parmi les nouveaux inscrits à l'Ordre, 35 % sont titulaires d'un diplôme étranger (dont 8 % de Français) ; 43 % d'entre eux l'ont obtenu en Roumanie, 26 % en Espagne.

84 % des chirurgiens-dentistes exercent exclusivement en libéral. Les salariés, qui représentent moins de 11 % du total des praticiens, exercent pour 9,8 % dans des centres de santé et pour 1,2 % seulement dans des établissements hospitaliers[250].

[250] Le solde, soit 5 %, est employé dans des établissements d'enseignement, des organismes de sécurité sociale, etc.

3 - Les centres de santé dentaire et les réseaux de soins : des alternatives indispensables mais contestées

a) Les centres de santé dentaires

En 2016, près de 700 centres dentaires[251] offrent des possibilités de soins dans des zones urbaines ou rurales souvent désertées par les praticiens libéraux et pratiquent des tarifs plus abordables pour des soins prothétiques, d'implantologie ou d'orthodontie. Ils représentent 9 % de l'activité réalisée par les chirurgiens-dentistes (en nombre d'actes comme en honoraires).

Tableau n° 61 : répartition des centres dentaires selon leur statut juridique et leur date d'ouverture

Statut	Nombre	%	Dont ouverts depuis la loi HPST	%
Mutualiste	488	70 %	86	46 %
Associatif	115	16 %	90	48 %
Organisme de sécurité sociale	65	9 %	6	3 %
État / collectivité territoriale	18	3 %	3	2 %
Autres*	13	2 %	1	0,5 %
Total	**699**	**100 %**	**186**	**100 %**

**Autres : établissement public, fondation, comité d'entreprise…*
Source : données DREES (extraction FINESS février 2016).

Plus d'un quart des centres dentaires (80 % pour les centres associatifs) ont ouvert après l'entrée en vigueur de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 (HPST), qui a supprimé l'agrément préfectoral préalable.

[251] Données FINESS (février 2016) : centres exerçant exclusivement ou explicitement une activité dentaire. La CNAMTS comptabilise pour sa part 805 centres dentaires ou polyvalents auxquels elle règle au moins 10 000 € de dépenses de soins par an.

Les centres dentaires se sont développés dans les territoires où les tarifs sont particulièrement élevés ou qui sont sous-dotés en chirurgiens-dentistes. Ainsi, 61 % des centres associatifs ouverts depuis 2010 l'ont été en Île-de-France (55), dans des zones à tarifs élevés plutôt que dans les zones sous-dotées (à l'exception de la Seine-Saint-Denis). Pour leur part, la plupart des centres mutualistes récemment ouverts l'ont été dans des agglomérations petites ou moyennes[252].

La répartition de l'activité des centres dentaires entre soins conservateurs et chirurgicaux d'une part et soins prothétiques d'autre part (respectivement 52 % et 13 % des actes), est semblable à celle constatée chez les praticiens libéraux et ne fait pas apparaître de surpondération des soins prothétiques. Dans les 87 centres associatifs dont l'activité a été analysée par la Cour, les proportions sont strictement identiques. Seuls 32 des 805 centres dentaires ou polyvalents recensés par la CNAMTS[253], tant mutualistes qu'associatifs ou gérés par une CPAM, ont une activité prothétique représentant plus d'un quart de leur activité. Cette surpondération peut s'expliquer dans certains cas par le profil des patients et la structure locale de l'offre de soins dentaires ; dans d'autres cas, elle peut être le signe d'une dérive visant à favoriser les soins les plus rémunérateurs.

b) Les réseaux de soins

Compte tenu de leur place croissante dans le financement des soins et prothèses dentaires, les organismes complémentaires d'assurance maladie ont créé des réseaux de soins afin de peser sur l'organisation de l'offre, le coût des soins prothétiques et l'orientation des patients.

En instaurant des tarifs plafonds conjugués à des critères de qualité, les réseaux permettent d'endiguer la progression des coûts des soins prothétiques. Les tarifs négociés par les réseaux les plus importants sont ainsi d'environ 10 à 15 % inférieurs aux tarifs moyens constatés hors réseau pour les soins prothétiques hors implant et jusqu'à 40 % pour la pose d'implants dentaires.

[252] Comme Nontron en Dordogne, Falaise dans le Calvados, Thann dans le Haut-Rhin, Fumay dans les Ardennes…

[253] Dont le périmètre, qui comprend les centres polyvalents, est plus large que celui des 699 centres recensés dans le tableau *supra*.

Bien qu'il réponde à un besoin de santé publique avéré pour une partie de la population, le développement des centres de santé dentaires est fortement contesté par les organisations professionnelles.

Des évolutions combattues par l'Ordre des chirurgiens-dentistes

Le conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes a intenté plusieurs actions à l'encontre de centres de santé associatifs auprès des tribunaux civils et correctionnels ou des juridictions ordinales, notamment pour non-respect du code de déontologie. Les actions ordinales visaient notamment à faire respecter l'interdiction de la publicité qui s'impose aux professions libérales. En février 2016, la Cour d'appel de Paris a néanmoins admis les centres de santé à afficher à l'extérieur leurs horaires d'ouverture, les modalités d'orientation des patients en cas de fermeture, et leurs tarifs.

Selon une décision de l'Autorité de la concurrence (février 2009) confirmée par la Cour d'appel de Paris puis par la Cour de cassation (juin 2011), le conseil national et plusieurs conseils départementaux de l'Ordre se sont rendus coupables de pratiques anticoncurrentielles, en tentant d'évincer du marché, par des appels au boycott et la menace de sanctions disciplinaires à l'encontre des praticiens adhérents, l'un des réseaux de soins dentaires.

C - Des conséquences sensibles en termes de santé publique

Quoique lacunaires, les éléments d'analyse disponibles font apparaître un état de santé bucco-dentaire médiocre de la population française par rapport à la moyenne européenne. Ce constat a suscité la mise en œuvre d'actions de prévention, mais uniquement ciblées en direction de publics prioritaires et omettant de surcroît une partie d'entre eux.

1 - Une situation sanitaire qui, selon les indicateurs disponibles, apparaît globalement médiocre

Malgré la fréquence des affections bucco-dentaires et leur incidence possible sur l'état de santé général, il n'existe pas de données épidémiologiques récentes sur ce sujet. Le dernier plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009 reposait sur des données de 1993 et ne comportait aucune disposition pour mesurer l'état de santé bucco-dentaire des adultes, dont plusieurs données convergentes montrent pourtant combien il est médiocre.

Un tiers seulement des Français déclaraient avoir toutes leurs dents naturelles en 2010[254], contre 41 % pour la moyenne des Européens. Les Français consultent peu et trop tard leur chirurgien-dentiste : selon les données de l'assurance maladie, ils ne sont que 41 % à avoir effectivement consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste en 2012, bien qu'ils soient 63 % à déclarer l'avoir fait[255]. Près d'un tiers consulte en urgence (soit deux fois plus que la moyenne européenne) et 37 % seulement pour un contrôle ou un détartrage (contre 50 % pour la moyenne européenne)[256].

À cet égard, l'efficience de la dépense dentaire, qui peut être appréciée en rapprochant l'indice CAO[257] et la part du PIB consacrée aux soins dentaires, apparaît médiocre : la France consacre 0,45 % de son PIB aux soins dentaires pour un indice CAO de 1,2 ; avec une dépense du même ordre (0,5 % du PIB), la Grande-Bretagne et les Pays-Bas ont des indices bien meilleurs (0,7 et 0,9 respectivement).

Ce constat d'une situation sanitaire française médiocre en matière bucco-dentaire par rapport à la moyenne européenne gagnerait à être davantage précisé par des études. L'absence d'enquête épidémiologique périodique visant à connaître l'état de santé bucco-dentaire des Français de plus de dix-huit ans fait obstacle à la définition d'une stratégie de santé publique assortie d'objectifs précis et d'un plan d'actions à laquelle la Cour avait appelé en 2010.

2 - Des progrès sensibles inégaux selon les publics concernés

Depuis bientôt dix ans, l'état de santé bucco-dentaire des enfants s'est significativement amélioré, sous l'effet de plusieurs facteurs : politique de prévention à travers le programme « M'T Dents » proposé depuis 2007 par l'assurance maladie aux âges clé pour les risques de carie (6, 9, 12, 15 et 18 ans), progrès de l'hygiène bucco-dentaire, usage de dentifrices fluorés, campagnes pour la réduction de la teneur en sucre dans l'alimentation, etc. Bien que difficilement quantifiable, le plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009 a eu, sur cette population, un effet réel.

---

[254] Eurobaromètre pour le compte de la direction générale de de la santé.

[255] Baromètre santé 2014, INPES, *Évolutions n° 35*, mars 2016.

[256] Eurobaromètre, *op. cit*.

[257] L'indice CAO (nombre de dents cariées, absentes ou obturées) est utilisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) pour mesurer le niveau d'atteinte carieuse d'une population donnée.

Selon l'OMS, l'atteinte carieuse est faible lorsque le CAO se situe en deçà de 1,2 pour les enfants de 6 ans et de 2,6 pour les enfants de 12 ans, ce qui est le cas, en France, pour les deux tranches d'âge considérées (0,64 à 6 ans et 1,15 à 12 ans en 2010). L'état de santé bucco-dentaire des enfants dépend cependant de leur milieu social[258] : à l'âge de six ans, la proportion d'enfants ayant déjà eu au moins une carie est près de 4 fois supérieure chez les enfants d'ouvriers que chez ceux de cadres (30 % contre 8 %). Ces inégalités sociales révèlent des disparités d'accès aux soins, mais aussi des différences d'exposition aux facteurs de risque. Les actions de prévention devraient être plus fortement ciblées en direction des populations dont l'état de santé est très dégradé.

Sur les autres segments de population identifiés comme prioritaires par le plan de prévention dentaire 2006-2009, seules les femmes enceintes ont bénéficié de mesures de prévention, sous la forme d'un examen gratuit à partir du 4ème mois de grossesse, effectif toutefois seulement depuis janvier 2014.

Pour les personnes handicapées, les établissements spécialisés restent peu sensibilisés aux questions de santé dentaire. Les dentistes libéraux formés à soigner les patients handicapés ne sont en outre pas identifiables par les familles puisque la mention d'une telle compétence sur leur plaque ou site professionnel leur est interdite.

La prévention et le suivi des personnes âgées en EHPAD sont nettement insuffisants : 80 % des résidents n'ont pas bénéficié d'une consultation dentaire depuis 5 ans. Les expériences engagées en 2007 dans quelques EHPAD d'examen dentaire systématique n'ont pas été poursuivies.

Enfin, les mesures de prévention prévues en direction des détenus, notamment la réalisation d'un examen bucco-dentaire lors de l'incarcération et les actions de réduction du risque infectieux associé aux soins[259], sont restées inappliquées. Sur le premier point, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a cependant prévu une expérimentation dans un nombre limité d'établissements pénitentiaires.

[258] DREES, Études et Résultats n° 847, juillet 2013, « Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge ».
[259] Plan sur la « politique de santé pour les personnes placées sous main de justice » (2010-2014).

Pour la majeure partie de la population, la prévention demeure insuffisante, avec des conséquences qui dépassent le seul domaine de la santé dentaire : ainsi, l'incidence des cancers buccaux[260] est, en France, la plus forte d'Europe après l'Allemagne, avec environ 8 000 nouveaux cas par an, diagnostiqués trop tardivement (35 % de survie à cinq ans).

II - La faiblesse persistante des pouvoirs publics et de l'assurance maladie face aux professionnels de santé

En l'absence de détermination par l'État d'objectifs de santé bucco-dentaire à moyen terme, et compte tenu de son désengagement financier progressif, les mesures adoptées par l'assurance-maladie ne présentent pas de cohérence d'ensemble. Elles ont davantage répondu aux attentes des chirurgiens-dentistes qu'elles n'ont favorisé l'accès des assurés sociaux aux soins.

A - Des relations conventionnelles déséquilibrées

Les relations entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'assurance maladie sont régies par la convention nationale des chirurgiens-dentistes, conclue pour une durée de cinq ans entre les principaux syndicats représentatifs de la profession et la CNAMTS. Approuvée par arrêté du 14 juin 2006 et reconduite en juin 2011, elle a été modifiée à trois reprises par la voie d'avenants (juillet 2007, juillet 2012 et novembre 2013).

La convention et ses avenants successifs sont caractérisés par un profond déséquilibre : les engagements pris par la profession n'apparaissent pas à la hauteur des efforts, notamment financiers, consentis par l'assurance maladie ; de surcroît, ils n'ont pas été respectés. La position de faiblesse de l'assurance maladie obligatoire dans les négociations, sans doute favorisée par son rôle décroissant dans la prise en charge des soins, n'a pas eu pour corollaire une montée en puissance de l'institution représentative des assureurs complémentaires, l'Union

[260] Le plus souvent liés à la consommation excessive d'alcool ou de tabac.

nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM). Créée par la loi de réforme de l'assurance maladie d'août 2004, elle n'est d'ailleurs partie à la convention dentaire que depuis l'avenant de 2013. L'assurance maladie et les assureurs complémentaires n'ont pas su définir des objectifs communs de nature à rééquilibrer les termes de la négociation avec les professionnels de santé.

1 - Des efforts financiers importants de l'assurance maladie

À travers la convention et ses avenants successifs, l'assurance maladie a eu pour objectif constant de favoriser un rééquilibrage entre la croissance des dépenses de soins prothétiques et celle des soins conservateurs. À cette fin, les soins conservateurs, chirurgicaux ou radiologiques ont fait l'objet de trois revalorisations tarifaires en 2006, 2012 et 2013, pour un montant annuel cumulé de 160 M€.

En outre, le plafond d'honoraires alors en vigueur a été supprimé en 2006 pour les deux actes prothétiques les plus fréquents (l'inlay-core[261] et la couronne céramo-métallique).

Les praticiens sont par ailleurs incités financièrement depuis 2012 à s'implanter dans les zones sous-dotées. Malgré l'avantage financier qu'il procure aux praticiens qui y adhèrent (sous la forme d'un apport de 15 000 €), ce dispositif n'a pas atteint ses objectifs, les professionnels concernés étant quatre fois moins nombreux que prévu (soit 50 praticiens en 2014 pour un objectif de 200).

Enfin, une grande partie des cotisations sociales des chirurgiens-dentistes est prise en charge par l'assurance maladie.

[261] L'inlay-core est une pièce en métal coulé, scellée dans la racine d'une dent très délabrée et servant de support à la prothèse.

La prise en charge d'une grande partie des cotisations sociales des chirurgiens-dentistes par l'assurance maladie

En application de la convention dentaire, les chirurgiens-dentistes bénéficient de la prise en charge d'une part importante de leurs cotisations sociales[262] par l'assurance maladie. Pour 2015, le coût de cette prise en charge s'élève à 289 M€ -176 M€ au titre de la maladie et 113 M€ au titre de la retraite complémentaire.

Pour la couverture du risque maladie, la prise en charge de leurs cotisations est presque intégrale : jusqu'à la réforme intervenue en loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, sur un taux de cotisations maladie de 9,81 %, l'assurance maladie en prenait 9,7 % à sa charge et le professionnel 0,11 %. La réforme intervenue au 1er janvier 2016, qui modifie les assiettes et les taux de cotisations, a un caractère neutre pour les professionnels au moment de son entrée en vigueur selon l'étude d'impact du projet de loi.

Pour la couverture complémentaire du risque vieillesse, la convention prévoit une prise en charge des deux-tiers des cotisations du régime de prestations complémentaires de vieillesse (qui constitue un deuxième étage de retraites complémentaires propre aux praticiens et auxiliaires médicaux), le dernier tiers restant à la charge des chirurgiens-dentistes.

2 - Des contreparties nettement insuffisantes de la profession

À travers les organisations signataires de la convention et de ses avenants, les chirurgiens-dentistes se sont engagés à ne pas pratiquer de dépassements d'honoraires sur tarifs conventionnels, à favoriser les reconstitutions dentaires plutôt que les prothèses dans un objectif de modération tarifaire des soins prothétiques, à participer aux campagnes de prévention et à la permanence des soins, à coder leurs actes selon la classification commune des actes médicaux (CCAM), ainsi qu'à communiquer à leurs patients un devis-type établi de concert avec l'assurance maladie.

[262] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre X : la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels libéraux de santé, p. 287-308, La Documentation française, septembre 2012, disponible sur www.ccomptes.fr.

Sur différents points, la convention a marqué une avancée sensible, bien que souvent de manière tardive : l'engagement de la profession dans la campagne de prévention M'T Dents ; la mise en œuvre de la CCAM au 1er juin 2014 ; l'organisation d'une permanence des soins arrêtée dans toutes les régions depuis seulement le 1er janvier 2016.

Pour le reste, les objectifs convenus n'ont pas été atteints.

En contradiction avec l'engagement de modération des honoraires, sont facturés de plus en plus de dépassements. Leur part dans le total des honoraires a continûment progressé, passant de 47,9 % en 2005 à 52,5 % en 2014 (soit 4,7 Md€).

En dépit des engagements conventionnels visant à privilégier, à efficacité comparable[263], les stratégies thérapeutiques les moins onéreuses, l'inlay-core a supplanté les actes de reconstitution de la dent après que son tarif a été déplafonné. Alors que la convention prévoyait de porter de 8 en 2006 à 8,8 en 2011 le nombre de reconstitutions dentaires pour 10 inlay-core, leur proportion a au contraire chuté à 5,8 en 2013. En 2015, les reconstitutions de dents ne font même plus partie des dix soins les plus fréquents, tandis que l'inlay-core est devenu le premier des dix actes à tarif non opposable les plus fréquents. L'assurance maladie n'a ainsi pas su prendre la mesure des effets pervers, à moyen terme, de ses décisions de tarification sur les choix thérapeutiques des praticiens, et ce en dépit des mises en garde de certaines organisations représentatives de la profession dentaire.

Plus généralement, aucune mesure de maîtrise médicalisée de la dépense n'a été mise en œuvre. L'avenant d'avril 2012 à la convention l'a de fait cantonnée à la prévention « qui dans ce domaine a apporté la preuve de son efficacité et demeure à ce jour le meilleur outil de maîtrise médicalisée ».

Par ailleurs, les professionnels contreviennent fréquemment à l'obligation qui leur incombe, depuis 2011, d'établir un devis-type en vue de la réalisation de soins prothétiques et d'indiquer à leur patient le prix de vente de la prothèse et son origine. À l'occasion d'une enquête menée en 2013 auprès de 553 chirurgiens-dentistes répartis dans 22 régions, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) a relevé un taux d'infraction de 83 %.

[263] Circulaire n° 59-2006 du 15 décembre 2006 de la CNAMTS.

Les sanctions prévues par la convention ne sont pas appliquées[264]. Leur mise en œuvre obéit à des règles complexes. De fait, la constatation de dépassements d'honoraires abusifs sur soins conservateurs n'a, à ce jour, jamais débouché sur des sanctions.

B - Les reculs successifs des pouvoirs publics

Les pouvoirs publics ont renoncé à utiliser plusieurs outils qui permettraient de mieux encadrer la qualité et la sécurité des soins bucco-dentaires ainsi que le coût de ces derniers.

1 - Un défaut de mesure et d'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins

La Haute Autorité de santé (HAS) est trop peu saisie par le ministère des affaires sociales et de la santé et consacre peu de ses travaux aux questions dentaires. Si elle a produit, par le passé, des évaluations relatives à certaines pratiques professionnelles en plein essor[265], elle n'a pas publié d'études sur les questions dentaires entre 2011 et 2015, alors que les techniques évoluent rapidement. La qualité et la sécurité des soins dentaires en cabinet mériteraient pourtant d'être évaluées par des indicateurs objectifs, partagés et rendus publics.

[264] À la suite de la constatation, par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), de la méconnaissance de règles conventionnelles, le chirurgien-dentiste dispose de multiples possibilités de régulariser la situation. C'est à la CPAM qu'il revient, *in fine*, de décider d'éventuelles sanctions, qui peuvent aller d'une suspension plus ou moins longue (de 3 à 12 mois) à un retrait du conventionnement.

[265] Telles que la restauration dentaire par matériau incrusté -inlay onlay-, l'environnement technique des actes d'implantologie orale, le traitement endodontique, les prothèses dentaires à infrastructure céramique…

Une qualité des soins à évaluer plus régulièrement

Des enquêtes – anciennes - ont montré des marges de progrès en matière de qualité des soins :

- - près de 40 % des chirurgiens-dentistes ne stérilisaient pas les porte-instruments rotatifs selon une enquête de 2007 de la direction générale de la santé sur les questions d'hygiène ;
- - plus d'un acte de soins sur cinq devait être repris selon deux enquêtes de la CNAMTS de 2003 et 2009 ;
- - 10 % des couronnes (prévues pour durer 15 à 20 ans) étaient à refaire dans les cinq ans, selon une analyse menée par le RSI (juin 2010) sur plus de 10 000 couronnes.

2 - Des devis prothétiques moins transparents qu'en 2009

Alors que la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 prévoyait une information du consommateur sur le prix d'achat des prothèses - ce qui avait pour effet de faire apparaître sur le devis le montant de la marge bénéficiaire du dentiste sur la prestation d'adaptation et de pose des prothèses -, la loi du 10 août 2011 qui l'a modifiée est revenue sur cette disposition en n'imposant plus que la mention du prix de vente au patient.

Sous la pression de la profession, il a ainsi été renoncé à ce qui constituait indéniablement un progrès sensible dans l'information du patient, pour s'assurer l'adhésion des praticiens au devis-type. Or, comme vu *supra*, ce dernier n'est pas pour autant appliqué par les professionnels, ni promu par leurs instances représentatives.

3 - L'absence de plafonnement des dépenses de soins dentaires prises en charge dans le cadre des contrats responsables

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu que les conditions de prise en charge des frais exposés pour les dispositifs d'optique médicale comme pour les soins dentaires prothétiques ou orthodontiques par les contrats d'assurance complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (« contrats responsables ») peuvent désormais comprendre non seulement des seuils, mais aussi des plafonds, fixés par décret.

Cependant, à ce jour, seuls les tarifs des dépenses d'optique ont été plafonnés par un décret du 18 novembre 2014. Ainsi, en l'absence de plafonnement, aucun frein ne s'exerce sur la dynamique de hausse des tarifs de soins prothétiques et orthodontiques.

C - La faiblesse des contrôles et des sanctions

1 - L'absence de sanction au défaut d'affichage des honoraires

Un grand nombre de chirurgiens-dentistes se sont longtemps soustraits, et certains persistent à le faire, à l'obligation légale d'afficher de façon visible et lisible dans leur salle d'attente leurs honoraires - y compris les dépassements -, ainsi que les tarifs de remboursement par l'assurance maladie.

En 2010, la DGCCRF avait effectué une enquête auprès de 250 chirurgiens-dentistes pour vérifier le respect de cette obligation. Aucun des professionnels contrôlés n'affichait ses tarifs. Trois ans plus tard, lors d'une seconde enquête, le taux d'infraction constaté était encore de 28 %, malgré l'annonce préalable de leur visite par certains enquêteurs.

À ce jour, l'autorité préfectorale, habilitée à poursuivre et à sanctionner tout manquement à cette obligation, n'a jamais engagé de poursuites[266].

2 - Des contrôles de l'assurance maladie insuffisants

Les contrôles de l'assurance maladie sur les professionnels libéraux sont peu nombreux : en 2014, elle a procédé au contrôle de 521 dentistes libéraux.

[266] La DGCCRF dispose de la même faculté depuis la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

En exploitant les données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM)[267], l'assurance maladie serait pourtant en mesure de détecter de manière systématique des pratiques abusives qui doivent être sanctionnées, comme les dépassements d'honoraires sur actes à tarif opposable. Quoique prohibés, ces dépassements sont particulièrement fréquents en Île-de-France et dans les départements d'outre-mer. En Île-de-France, ils se conjuguent à des montants moyens de dépassements élevés.

Une pratique prohibée mais courante : les dépassements d'honoraires sur actes de soins conservateurs

Une exploitation des données du SNIIRAM réalisée spécifiquement à la demande de la Cour a fait apparaître les constats suivants.

Pour l'extraction d'une dent, 5 % des dentistes facturent des dépassements, mais ils sont 20 % à Paris et plus de 50 % dans les DOM. Le taux de dépassement tarifaire est de 57 % en moyenne (soit +19,30 € pour un acte coté 33,44 €), mais de 140 % à Paris (soit +47 €) et 84 % dans les Hauts-de-Seine (+28 €).

Pour la dévitalisation d'une molaire, 2,4 % seulement des dentistes dépassent le tarif conventionné, mais ils sont 17 % à Paris et entre 18 et 85 % dans les DOM. Le taux de dépassement tarifaire moyen est de 138 % (soit +113 € pour un acte coté 81,94 €), mais atteint 225 % à Paris (soit +184 €) et 571 % dans la Drôme (soit +468 €).

Pour un détartrage, 13,9 % des chirurgiens-dentistes pratiquent des dépassements. À Paris, c'est près d'un praticien sur deux ; dans les autres départements d'Île-de-France entre 18 et 28 %, dans les DOM entre 47 et 90 %. Le taux de dépassement est en moyenne de 63 % (soit +18 € pour un acte coté 28,92 €), mais atteint près de 100 % à Paris (soit +27 €). Les abus les plus manifestes concernent les Alpes-de-Haute-Provence (300 %, soit +85 €) et la Haute-Loire (près de 200 %, soit +55 €).

[267] Sur le SNIIRAM, voir Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale*, Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie : une utilisation à développer, une sécurité à renforcer, mars 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

Pour une libération occlusale (ou pose de gouttière), plus d'un tiers des dentistes pratiquent des dépassements, mais ils sont près de deux tiers à Paris, 48 à 58 % dans les autres départements de l'Île-de-France, et 35 à 75 % dans les DOM. Le taux de dépassement tarifaire[268] sur cet acte est en moyenne de 80 % (soit +137 € pour un acte coté 172,80 €), mais atteint 127 % à Paris (+217 €), 119 % dans les Hauts-de-Seine (+205 €) et 80 à 86 % dans les autres départements d'Île-de-France.

Pour l'évacuation d'un abcès parodontal, les dépassements sont moins fréquents (2 % en moyenne), mais atteignent entre 8 et 54 % dans les DOM, 10 % à Paris et entre 3 et 5 % dans les autres départements d'Île-de-France. Le taux de dépassement tarifaire est de 78 % (soit +32 € (pour un acte coté 40 €), mais dépasse largement 100 % dans 5 des 8 départements de l'Île-de-France. C'est toutefois en Haute-Loire qu'il est le plus élevé (854 % soit +285 €) pour une fréquence de 13 %.

La fréquence des irrégularités constatées par la Cour paraît traduire un dysfonctionnement systémique, qui interroge : les dépassements d'honoraires sur actes de soins conservateurs constituent des pratiques tarifaires irrégulières que ne saurait justifier l'allégation que ces actes auraient été insuffisamment revalorisés.

3 - Les limites de fait à l'autocontrôle de la profession

Le renforcement des contrôles de l'assurance maladie est d'autant plus nécessaire que ceux diligentés par les agences régionales de santé[269], trop rares, se limitent souvent à transférer les plaintes et les demandes de contrôle aux conseils départementaux de l'Ordre.

Ces derniers peuvent contrôler si les conditions exigées pour l'exercice de l'activité professionnelle sont remplies, notamment la qualité et la sécurité des soins et le respect des règles d'hygiène et d'asepsie. Ils donnent lieu pour l'essentiel à l'envoi de questionnaires aux praticiens et à des « visites confraternelles » en cabinet, lesquelles sont cependant tributaires de l'accord du praticien concerné.

[268] Calculé comme le montant facturé au patient par rapport au tarif de responsabilité fixé par la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

[269] Les ARS sont dotées d'une compétence générale pour diligenter des contrôles relatifs à la qualité et la sécurité des soins, qu'ils soient dispensés par des médecins ou par des chirurgiens-dentistes.

La réalité des contrôles varie fortement d'un conseil départemental à l'autre, mais ils sont dans l'ensemble largement insuffisants, voire inexistants. Entre 2005 et 2014, soit sur dix années, la moitié des 95 conseils départementaux ont visité moins de 10 % des cabinets de leur ressort ; seuls 15 % des conseils les ont tous visités.

La faiblesse des contrôles de l'Ordre en matière déontologique n'est pas sans poser question sur la pertinence d'un dispositif reposant sur la profession elle-même.

III - Un mode d'organisation et de financement à repenser

La mise en œuvre d'une politique active de santé bucco-dentaire et la fixation d'objectifs conventionnels beaucoup plus ambitieux sont les conditions sans lesquelles aucun progrès ne sera possible en matière de plus grande équité dans l'accès aux soins, d'amélioration de l'état de santé dentaire et de plus stricte maîtrise des coûts.

La prochaine renégociation de la convention nationale des chirurgiens-dentistes offre l'opportunité de déterminer un cadre de régulation efficace, et donc contraignant. Si elle n'y parvenait pas, il existe un risque réel que les soins dentaires connaissent la même évolution que l'optique[270]. Un décroisement des responsabilités et des financements entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires, comme la Cour l'évoque dans le cadre de son analyse sur la participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé[271], pourrait alors constituer un scénario d'évolution à envisager.

A - Définir un socle d'objectifs communs en vue du nouveau cadre conventionnel

Une régulation efficace du secteur appelle la définition d'orientations claires de santé publique par l'État et d'objectifs partagés ambitieux entre l'État, l'assurance maladie et les organismes complémentaires dans leurs rapports avec la profession dentaire.

[270] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XIV : la prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses, p. 393-420, La Documentation française, septembre 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

[271] Voir chapitre IV La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir.

1 - Adopter une stratégie de santé publique couvrant l'ensemble de la population

Le plan de prévention bucco-dentaire de 2006 est arrivé à échéance en 2010, sans faire l'objet d'un bilan. Depuis lors, aucun nouvel objectif pluriannuel de santé publique n'a été fixé pour le domaine bucco-dentaire. Or, la politique menée à ce jour assure une prévention effective uniquement pour les moins de 18 ans et les femmes enceintes et laisse de côté près de 80 % de la population.

À partir d'une évaluation préalable de l'état sanitaire de la population, notamment des catégories à risque élevé, devrait être élaborée une stratégie globale de santé bucco-dentaire, axée sur la prévention et le suivi pour tous, aux objectifs lisibles et mesurables et mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, comme la Cour l'a déjà recommandé.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins dentaires

En matière de soins bucco-dentaires, il n'existe pas de recueil d'indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins comme celui mis en place en 2008 par la Haute Autorité de santé (HAS) pour les établissements de santé. Seules ont été établies des fiches de bonnes pratiques en matière d'asepsie, assorties d'une grille d'autoévaluation destinée aux praticiens, par la direction générale de la santé et le conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. L'évaluation est recommandée mais non obligatoire, les résultats n'en sont pas connus et l'avis des patients n'est pas recueilli.

La technicité et le caractère parfois invasif des gestes réalisés justifieraient pourtant qu'un recueil de ce type soit adopté et que les résultats en soient rendus publics. La HAS pourrait être chargée, en relation avec la profession, d'en établir les indicateurs.

La vérification du respect par le praticien d'un tel recueil pourrait relever d'une procédure d'accréditation, à l'instar de celle instaurée pour les laboratoires de biologie médicale par une ordonnance du 13 janvier 2010.

2 - Maîtriser impérativement la dérive des coûts des soins prothétiques

Compte tenu de l'échec des dispositifs non contraignants de modération tarifaire des soins prothétiques que les précédentes conventions ont tenté d'instaurer, il apparaît indispensable, pour endiguer la dérive des tarifs de ce type de soins, de rétablir un plafonnement du tarif des actes prothétiques les plus fréquents, comme la couronne céramo-métallique et l'inlay-core.

Parallèlement, les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 autorisant la fixation de plafonds de prise en charge de certains actes dentaires dans les contrats dits « responsables » devraient être appliquées à un niveau qui permette d'enrayer la progression des dépenses prothétiques et orthodontiques à laquelle poussent les prises en charge actuelles.

Toujours aux fins de maîtrise de la dépense prothétique, un contrat d'accès aux soins pourrait être envisagé pour les dentistes libéraux, à l'instar de celui instauré pour les centres de santé dentaires. Les centres qui s'engagent à stabiliser leur taux de dépassement sur soins prothétiques et orthodontiques bénéficient d'une contribution financière proportionnelle aux honoraires perçus sur les soins conservateurs et chirurgicaux.

3 - Renforcer l'effectivité des contrôles et la capacité de contrôle de l'assurance maladie

Certaines fraudes sont d'une ampleur telle qu'elles nécessitent des contrôles à l'échelle de l'ensemble des données de facturation, et non à l'occasion d'une analyse individuelle d'activité.

Alors qu'elle dispose d'outils extrêmement puissants lui permettant de cibler précisément ses contrôles en détectant les atypies de l'activité des professionnels, la CNAMTS n'en fait encore qu'un usage

très limité dans le cadre de la lutte contre la fraude[272]. Elle devrait fortement accentuer ses actions de contrôle, en particulier en analysant systématiquement, via des requêtes automatisées, les données d'activité atypiques ou suscitant des interrogations quant à la réalité des actes pratiqués, en étendant ses contrôles à un nombre accru de praticiens et en accélérant les procédures des enquêtes. Elle devrait aussi assurer un meilleur suivi des instances en cours et veiller à se constituer partie civile dans les délais les plus brefs.

Ces contrôles nécessitent l'intervention, au côté des agents chargés d'élaborer et d'exploiter les requêtes des bases de données de l'assurance maladie, de chirurgiens-dentistes conseil, ce qui suppose que la CNAMTS veille à maintenir un flux de recrutement adéquat[273].

Enfin, il importe de revoir les dispositions conventionnelles relatives aux sanctions, pour accélérer les procédures de constatation des manquements et rendre les sanctions réellement dissuasives.

4 - Améliorer l'information des patients et des financeurs

L'opacité de l'information qui caractérise le secteur dentaire nuit avant tout au patient qui ne dispose, notamment en matière tarifaire, que d'informations limitées et difficiles à comparer en interrogeant le service d'information grand public de la CNAMTS[274]. Cette dernière s'est opposée à plusieurs reprises à la réutilisation de ces données par des opérateurs privés qui souhaitaient notamment effectuer et diffuser des comparaisons d'honoraires des praticiens.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ouvre de nouvelles perspectives pour l'utilisation des données publiques relatives à l'activité des professionnels de santé. Ainsi, la réutilisation de données comme les tarifs, n'est plus soumise à

[272] Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale : les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie, une utilisation à développer, une sécurité à renforcer*, mars 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.
[273] Les effectifs de chirurgiens-dentistes conseils de la CNAMTS ont été réduits de plus d'un tiers en 10 ans (186 en 2015 contre 292 en 2005).
[274] www.annuairesante@ameli.fr.

l'obligation de recueillir l'accord des professionnels[275]. Elle est confortée par la loi du 28 décembre 2015 sur la gratuité et les modalités de réutilisation des informations du secteur public qui instaure un « droit à la réutilisation des informations publiques » dans un standard ouvert et facilement réutilisable. Elle devrait être appliquée par priorité au secteur dentaire.

Par ailleurs, il conviendrait de rétablir les dispositions de la loi du 21 juillet 2009, qui rendaient obligatoires l'information du patient sur le prix d'achat de sa prothèse dentaire. La disparition de cette information et l'opacité du calcul du prix de vente, qui comporte, sans qu'on puisse en distinguer les composantes, le prix d'achat, des quotes-parts d'autres frais variables et de frais fixes et la marge du dentiste font reculer la transparence des prix au détriment des patients.

Enfin, l'information à destination des financeurs sur les actes pratiqués et les montants facturés est également insuffisante. La classification commune des actes médicaux mise en œuvre en 2014 améliore en principe la connaissance des pratiques professionnelles et de leurs évolutions. Tous les actes doivent désormais être codés, qu'ils soient pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ou pas. Or seuls sont à ce jour transmis à l'assurance maladie les codes des actes qu'elle rembourse. Les autres actes financés exclusivement par les assureurs complémentaires ou par les patients restent inconnus.

Le progrès par rapport à la situation antérieure est donc ténu. L'information de l'assurance maladie reste insuffisante, celle des pouvoirs publics aussi. La codification des actes non pris en charge devrait être obligatoirement transmise à l'assurance maladie. En cas de non-respect de cette obligation, la prise en charge d'une partie des cotisations sociales des chirurgiens-dentistes devrait être suspendue. Cette mesure doit également bénéficier aux organismes d'assurance maladie complémentaire qui ne disposent toujours pas aujourd'hui de l'information détaillée sur les soins qu'ils remboursent.

[275] Le nouvel article L. 1461-2 du code de santé publique ne fait plus référence à l'alinéa 1 de l'article 13 de la loi de 1978 sur l'accès aux documents administratifs.

B - Faire évoluer l'organisation de la profession

Le modèle du cabinet dentaire comportant un unique praticien, exerçant sans assistant et se fournissant auprès d'un artisan prothésiste est appelé à évoluer.

L'évolution du métier de prothésiste dentaire

Les prothésistes dentaires ne sont pas des professionnels de santé, mais ont le statut d'artisan. Sous la pression des syndicats dentaires, leur activité a été étroitement circonscrite par la jurisprudence[276]. En 2013, on dénombrait 3 800 laboratoires de prothèses et 17 900 prothésistes, dont ¾ de salariés. Le secteur connaît une concentration croissante : en dix ans, le nombre de prothésistes a baissé de 16 % et celui des laboratoires de 28 %.

L'activité des prothésistes est également confrontée à une évolution technologique rapide (numérisation, impression 3D). 41 % des laboratoires sont équipés d'un dispositif de conception et de fabrication assistée par ordinateur (CFAO) et 38 % utilisent au moins une usineuse[277].

Si aujourd'hui 2 % seulement des chirurgiens-dentistes sont équipés de technologies similaires de numérisation 3D, 38 % envisagent de s'équiper prochainement en CFAO. Le nombre de prothésistes dentaires et l'organisation de la profession pourraient s'en trouver sensiblement modifiés dans les prochaines années.

1 - Élargir le champ de compétence des assistants dentaires

Les assistants dentaires ont un statut de salarié et exercent leur profession sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un chirurgien-dentiste. Seuls deux tiers des cabinets dentaires emploient un ou plusieurs assistants.

[276] Ont ainsi été considérés, par la Cour de cassation, comme un exercice illégal de l'art dentaire : l'adaptation, la poste et la réparation de prothèses dentaires, la prise d'empreinte et la vente directe de prothèses. En revanche, le nettoyage des prothèses amovibles, dès lors qu'il peut être effectué au quotidien par les porteurs d'appareils eux-mêmes, peut être proposé par les prothésistes.

[277] UNPPD, rapport 2015 *« Unir pour tracer notre avenir »*.

Avant 2016, la profession d'assistant était encadrée par la convention collective nationale des cabinets dentaires qui en définissait les tâches (décontamination, nettoyage, stérilisation et rangement des instruments, assistance opératoire du praticien quel que soit le type de soin, développement des clichés radiologiques, collaboration à l'éducation des patients en matière d'hygiène bucco-dentaire, etc.).

Elle est désormais définie par le code de la santé publique. L'assistant dentaire assiste le chirurgien-dentiste dans son activité professionnelle, sous sa responsabilité et son contrôle effectif. Dans ce cadre, il contribue aux activités de prévention et d'éducation pour la santé. La liste des activités ou actes qu'il peut se voir confier est fixée par un décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de chirurgie dentaire.

Pour autant, l'assistant dentaire n'est pas un auxiliaire médical qui pourrait exercer en pratique avancée, à l'instar des infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, etc. L'inscription de la profession dans le code de la santé publique n'a pas conduit à étendre ses attributions. Elle constitue à cet égard une occasion manquée de redéfinir les actes, non médicaux, susceptibles de lui être délégués. Cette question mériterait d'être rouverte à l'avenir.

2 - Favoriser le développement des réseaux de soins dentaires

Le développement des réseaux de soins dentaires est de nature à rendre le secteur plus transparent et plus concurrentiel, dans un domaine où la formation du prix des actes prothétiques n'obéit pas à des mécanismes de marché efficients et conduit à des niveaux de tarification qui ne sont pas supportables par la majorité des patients.

La loi du 27 janvier 2014[278] a conforté les réseaux de soins en étendant aux mutuelles le droit, déjà reconnu aux sociétés d'assurance et aux institutions de prévoyance, de pratiquer des remboursements bonifiés pour les adhérents qui choisissent librement de se faire soigner dans le cadre des réseaux qu'elles ont constitués avec des professionnels de santé.

[278] Loi relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé.

Les contraintes pesant sur le fonctionnement des réseaux seraient cependant à desserrer afin de leur garantir un accès intégral à l'ensemble des données de facturation, de leur permettre de s'assurer de la réalité des actes facturés aux organismes d'assurance complémentaire et de les autoriser à contacter directement leurs adhérents.

3 - Introduire un conventionnement sélectif

La CNAMTS, dont les efforts pour obtenir la modération des tarifs des soins prothétiques et l'amélioration de l'accès aux soins n'ont pas été payés de retour, devrait se saisir de la possibilité d'un conventionnement sélectif de chaque praticien ouverte par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 72)[279].

Cette modalité nouvelle de conventionnement devrait prendre appui sur un cahier des charges précis garantissant l'adéquation territoriale et sanitaire de l'offre de soins aux besoins de la population, facilitant l'accès de celle-ci aux soins bucco-dentaires et organisant le contrôle du respect de l'obligation légale de formation continue. Le non-respect éventuel de ses dispositions devrait être effectivement sanctionné.

C - Envisager, en cas de persistance des dérives constatées, un scénario de nouvelle répartition des responsabilités et des financements entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances maladie complémentaires

Si les partenaires de la négociation conventionnelle ne parvenaient pas à enrayer les dérives constatées, c'est le cadre conventionnel lui-même qui serait en cause. Il pourrait alors être envisagé d'examiner comment l'assurance maladie pourrait s'inscrire pleinement à moyen terme dans un nouveau cadre, fondé sur un partage clair et assumé des compétences et des financements avec les assurances complémentaires, l'une responsable de la prévention et des soins conservateurs et chirurgicaux, les autres des soins prothétiques à tarifs plafonnés.

[279] L'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale prévoit désormais que la convention nationale des chirurgiens-dentistes a, entre autres objets, de fixer « les conditions à remplir… pour être conventionné, notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation, ainsi que celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé », dans le cadre du projet régional de santé, en fonction de l'excès ou de l'insuffisance de l'offre de soins.

1 - Confier à l'assurance maladie obligatoire le financement d'un parcours obligatoire de prévention et de soins

Des parcours de soins pourraient être organisés par l'assurance maladie obligatoire, dont le respect par les patients conditionnerait le niveau de remboursement par les assurances maladie complémentaires de soins prothétiques ultérieurs.

La France s'inspirerait en cela des politiques mises en œuvre en Allemagne et en Suède qui visent au maintien en bonne santé dentaire et au dépistage précoce afin d'éviter ou de différer le plus longtemps possible des soins plus lourds.

Deux exemples européens de parcours de prévention

L'Allemagne a introduit un suivi dentaire annuel obligatoire tout au long de la vie, dont le respect conditionne le niveau de couverture des soins prothétiques par l'assurance maladie : la prise en charge est maximale pour le patient qui respecte ce suivi et minimale pour celui qui s'y soustrait. La caisse d'assurance-maladie légale assure une prise en charge forfaitaire qui couvre la moitié des coûts usuels. Si le patient démontre qu´avant le démarrage des soins, il s´est soumis régulièrement à des contrôles et soins de prévention durant les 5 (ou 10) années précédentes, cette prise en charge peut aller jusqu'à 70 %, voire 80 %.

En Suède, la loi garantit la gratuité des soins dentaires pour les moins de 20 ans. Après cet âge, la prise en charge des soins dentaires par l'assurance maladie est modulée et assortie d'une franchise : sur la base d'un panier de soins dentaires qui comprend le traitement des caries, la pose de plombages, les couronnes dentaires et autres prothèses, les dépenses sont à la charge du patient en deçà de 320 € de soins dentaires par an (franchise), couvertes à hauteur de 50 % pour un montant de soins annuels compris entre 320 et 1 600 € et à 85 % au-delà de ce montant.

Ces parcours pourraient prendre la forme de visites périodiques permettant un suivi régulier par le praticien et la mise en place d'un programme de soins individualisé obligatoire (détartrage, traitement des caries, soin des gencives). Ces visites, ainsi que les soins conservateurs correspondants, pourraient être prises en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

Pour les moins de 18 ans, la France pourrait s'inspirer des mesures de gratuité instaurées dans plusieurs pays européens. Un premier pas pourrait concerner la prise en charge du ticket modérateur des soins dentaires de cette catégorie de patients, qui représente aujourd'hui 90 M€

si l'on exclut les soins prothétiques et orthodontiques. Un pas supplémentaire consisterait à dispenser les familles de l'avance de frais pour tous les soins des moins de 18 ans (hors prothèses et orthodontie). Cette dernière mesure ne comporte pas de surcoût pour l'assurance maladie, mais nécessite un engagement de sa part à respecter des délais de remboursement rapide des professionnels.

2 - Confier aux assurances maladie complémentaires le financement au premier euro des soins prothétiques

En contrepartie de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des dépenses de soins conservateurs et d'examens de prévention pour tous, les assurances complémentaires se verraient confier celle des soins prothétiques et orthodontiques au premier euro, dans la limite d'un plafond tarifaire.

Une telle redistribution des rôles donnerait à chacun des partenaires, sur son champ propre de compétences, un poids accru face aux professionnels de santé.

Pour l'assurance maladie obligatoire, la moindre dépense induite par le transfert intégral des soins prothétiques et orthodontiques aux assurances complémentaires (dont le coût est estimé à 930 M€) ne compenserait que partiellement les dépenses supplémentaires quelle devrait assumer, soit 1,3 Md€ par an (dont 750 M€ pour les visites et soins de prévention obligatoires et 550 M€ au titre du ticket modérateur actuellement financé par les assurances complémentaires).

Le financement du surcoût en résultant pour l'assurance maladie (370 M€ auxquels s'ajoutent les 90 M€ précités de la prise en charge intégrale du ticket modérateur pour les moins de 18 ans, soit 460 M€ au total) pourrait emprunter plusieurs voies.

Dans le champ des soins bucco-dentaires, il pourrait être envisagé de transférer, de l'assurance maladie obligatoire aux organismes d'assurance complémentaire, la prise en charge d'une partie des cotisations sociales des chirurgiens-dentistes (soit 289 M€ en 2015).

Au-delà, il serait envisageable de resserrer le « panier de soins » pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans d'autres domaines comme le médicament, l'optique, les transports sanitaires ou les cures thermales[280].

Enfin, une autre évolution possible pourrait consister à augmenter la taxe de solidarité additionnelle sur les cotisations d'assurance maladie[281], assise sur les primes et cotisations versées au titre de la souscription de contrats d'assurance santé, dont la recette est déjà pour partie affectée à la CNAMTS. Cette mesure serait justifiée par le fait que les souscripteurs de contrats d'assurance santé, dont les soins conservateurs et chirurgicaux seraient mieux pris en charge par l'assurance maladie, devraient en toute logique bénéficier de baisses de tarifs de la part des organismes d'assurance à due concurrence des dépenses de soins que ces derniers n'auraient plus à assurer.

À moyen terme, ce décroisement des financements entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire pourrait améliorer sensiblement l'état de santé bucco-dentaire, avec pour corollaire un moindre recours aux soins prothétiques.

Pour qu'il soit soutenable dans la durée pour les assurances maladie complémentaires, il devrait s'accompagner dans le même temps de la mise en œuvre des mesures de maîtrise des dépenses de soins prothétiques précédemment évoquées, en particulier le plafonnement des contrats dits « responsables » et le développement des réseaux.

[280] Voir le chapitre IV du présent rapport : la participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir.
[281] Pour mémoire, 0,1 point de taux de cette taxe représente 30 M€ environ.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En 2010, la Cour avait appelé l'attention sur le désengagement de la puissance publique du secteur dentaire et les inégalités d'accès aux soins qu'elle favorise. Six ans plus tard, elle constate que ce désengagement s'est poursuivi, avec des conséquences préjudiciables sur l'état de santé bucco-dentaire de la population, souvent médiocre par rapport aux pays européens comparables. Les difficultés d'accès aux soins et le renoncement aux soins, principalement pour des raisons financières, qui les accompagne demeurent très répandus. À cet égard, l'incapacité des partenaires conventionnels à obtenir une modération tarifaire effective des soins prothétiques, en dépit des engagements pris par la profession, marque un échec persistant.

Ces constats appellent les pouvoirs publics et l'assurance maladie à renforcer la prévention, à améliorer l'information du patient et des financeurs, à élargir les contrôles de l'assurance maladie et à assurer l'effectivité des sanctions en cas d'irrégularités détectées, à encourager le développement des réseaux de soins et à renforcer la maîtrise du coût des soins prothétiques.

Plus fondamentalement, il conviendrait de mettre en place, dans le cadre des négociations aujourd'hui engagées sur la nouvelle convention, un conventionnement sélectif des professionnels, conditionné par des engagements précis et contrôlables sur la modération des tarifs, notamment prothétiques, la limitation des dépassements, le codage de l'ensemble des actes et le respect des obligations en termes de transparence, d'organisation et de qualité des soins.

Si des engagements conventionnels appropriés et contrôlables ne venaient pas remédier aux difficultés multiples relevées par la Cour dans l'accès aux soins bucco-dentaires, il pourrait alors être envisagé de définir un nouveau cadre de prise en charge. Ce dernier pourrait notamment être fondé sur le scénario d'un décroisement des responsabilités et des financements entre l'assurance maladie et les assurances complémentaires, dans le prolongement des analyses de la Cour sur les évolutions envisageables des modalités de prise en charge des dépenses de santé.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

19. *définir et mettre en œuvre une stratégie globale en faveur de la santé bucco-dentaire, appuyée sur des enquêtes épidémiologiques périodiques et déclinée en plans d'action ;*
20. *instaurer une procédure d'accréditation garantissant la qualité et la sécurité des soins délivrés dans les cabinets dentaires, en lien avec l'établissement d'indicateurs pertinents par la Haute Autorité de santé ;*
21. *instituer par une disposition législative une obligation de transmission à l'assurance maladie obligatoire et aux assureurs complémentaires des informations relatives à l'ensemble des actes, y compris non remboursables, en conditionnant les prises en charge de cotisations sociales au respect de cette obligation ;*
22. *mettre en place, à partir des bases de données de l'assurance maladie, des requêtes standardisées et automatisées permettant de détecter les actes et facturations atypiques et de sanctionner effectivement les praticiens fautifs ;*
23. *plafonner par la voie législative les tarifs des actes prothétiques les plus fréquents ;*
24. *mettre en place un conventionnement sélectif des chirurgiens-dentistes, comme le permet la loi de financement pour 2016 ;*
25. *publier sans délai le décret fixant, dans les contrats responsables, des plafonds aux tarifs pris en charge par les organismes d'assurance complémentaire en matière de soins bucco-dentaires ;*
26. *lever les obstacles au développement et au fonctionnement des réseaux de soins bucco-dentaires, notamment en leur garantissant un accès intégral aux données de facturation.*

En reconsidérant plus profondément l'organisation actuelle, la Cour propose l'orientation suivante :

(i) réorganiser à moyen terme les responsabilités et les financements entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances maladie complémentaires, à la première revenant de financer à 100 % un suivi annuel obligatoire et les soins conservateurs associés, aux secondes de prendre en charge le financement des soins prothétiques au premier euro, en veillant à la neutralité financière pour l'assurance maladie obligatoire de ce nouveau modèle.

Troisième partie

Rendre l’hôpital plus efficient

Chapitre VII

La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical

PRÉSENTATION

La prescription médicale est l'acte par lequel un médecin[282] *indique à son patient l'ensemble des recommandations qu'il lui semble utile de mettre en œuvre afin d'identifier les causes d'une pathologie ou d'y apporter un remède. L'article R. 4127-8 du code de la santé publique dispose que « dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles ». L'article 8 du code de déontologie médicale reprend ces dispositions.*

Pas moins de 61 500 médecins[283] *exerçaient en 2015 au sein des établissements publics de santé et plus de 5 400 en établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)*[284]*. Leur mode d'exercice est composite : si près de 43 000 médecins ont une activité hospitalière publique à temps plein (89 %) ou à temps partiel (11 %)*[285]*, une partie d'entre eux a un mode d'exercice mixte, libéral et hospitalier. De surcroît, plus de 35 000 internes*[286]*, non titulaires du diplôme de docteur en médecine, prescrivent sous la délégation d'un médecin.*

La prescription à l'hôpital a un caractère à la fois central et complexe dans la prise en charge des patients. Central car elle intervient à chaque étape des différentes phases de soins, de l'admission à la sortie. Complexe car elle est, spécifiquement à l'hôpital, le résultat fréquent d'un processus partagé de prise de décision, au caractère de surcroît souvent pluridisciplinaire.

---

[282] Le code de la santé publique distingue trois catégories de prescripteurs au sein d'un établissement de santé : les prescripteurs sans limitation de la prescription (docteur en médecine de nationalité française ou ressortissant de l'Union Européenne, inscrit à l'ordre des médecins), les prescripteurs délégués exerçant leurs fonctions par délégation et sous la responsabilité directe d'un praticien qualifié (internes, résidents et faisant fonction d'interne) et les prescripteurs avec limitation de prescription. Il s'agit des professions médicales de chirurgien-dentiste et sage-femme.

[283] Ce chiffre couvre une grande diversité de statuts : professeurs des universités-praticiens hospitaliers, maîtres de conférence des universités-praticiens hospitaliers, praticiens hospitaliers, assistants hospitaliers universitaires et chefs de clinique ; attachés, assistants et attachés spécialistes associés pour les praticiens à diplômes étrangers extra-communautaires.

[284] Données issues de la base de données de la DREES (http://drees.social-sante.gouv.fr/études-et-statistiques).

[285] Données issues du rapport d'activité du centre national de gestion, juillet 2015.

[286] Données de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé relatives à 2014.

Le poids financier des prescriptions hospitalières est considérable. En 2014, elles se sont élevées à 24,7 Md€, soit près de la moitié du montant total des prescriptions médicales (53,3 Md€) et 14 % de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie[287]*. Elles se caractérisent par un grand dynamisme : entre 2007 et 2014, elles ont augmenté de +47 % en euros courants et de +32 % en euros constants.*

La Cour a cherché à mesurer l'impact financier des principales prescriptions hospitalières (médicaments, transports sanitaires, actes d'imagerie et de biologie) et à évaluer la portée des outils de régulation mis en œuvre à cet égard.

Bien qu'elles constituent un enjeu financier croissant, les prescriptions hospitalières apparaissent très mal suivies (I). Les dispositifs de régulation mis en place ne sont pas à la hauteur de la dynamique soutenue des dépenses (II). Une responsabilisation accrue des établissements, mais surtout des prescripteurs eux-mêmes, est indispensable à une maîtrise accrue (III).

I - Un enjeu croissant mais très imparfaitement suivi

Le montant des dépenses liées aux prescriptions hospitalières ne peut être appréhendé de manière directe. Il doit être approché à partir des données des différents sous-objectifs de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) relatifs d'une part aux activités hospitalières (« ONDAM hospitalier ») et d'autre part aux soins de ville. Il connaît une forte croissance.

A - Des dépenses considérables et particulièrement dynamiques

Les prescriptions des praticiens exerçant en établissement de santé sont susceptibles d'être effectuées soit au sein de ce dernier ou d'un autre établissement (14,1 Md€ en 2014), soit par un professionnel exerçant en ville (10,6 Md€).

[287] Données issues des rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale, de la CNAMTS et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

1 - Un enjeu financier majeur

Les dépenses de prescriptions réalisées au sein même de l'hôpital[288] (« charges à caractère médical des établissements de santé ») se sont élevées à 14,1 Md€ en 2014. Elles ont représenté 23 % de l'ONDAM hospitalier public[289] et près de 8 % de l'ONDAM total[290]. Elles sont composées pour près de moitié de dépenses de médicaments (47 % en 2014, y compris molécules onéreuses[291]) et, pour le solde, de dispositifs médicaux (25 %), d'imagerie (14 %) et de biologie (14 %)[292].

Pour une part importante toutefois, les prescriptions faites dans le cadre d'une prise en charge hospitalière sont exécutées par des professionnels de santé libéraux ou des prestataires établis en ville (« prescriptions hospitalières exécutées en ville » - PHEV). Ces dépenses, qui sont imputées sur l'ONDAM « soins de ville », ont atteint près de 10,6 Md€ en 2014, soit pas moins de 16 % de ce dernier et 6 % de l'ONDAM total. Elles regroupent principalement des dépenses de médicaments (44 %), de transports sanitaires (15 %), des actes d'auxiliaires médicaux (10 %) et des indemnités journalières (12 %).

Prises ensemble, ces deux composantes constituent la dépense totale de prescriptions induite par les praticiens exerçant en établissements de santé. Atteignant 24,7 Md€ en 2014, elle représente près de 14 % de l'ONDAM total. Entre 2007 et 2014, elle a augmenté de +7,9 Md€, soit +47 % en euros courants et +32 % en euros constants. La part des prescriptions hospitalières dans la dépense totale de prescriptions médicales a ainsi fortement progressé, passant de 39 % en 2007 à 46 % en 2014[293]. Près de la moitié des dépenses de prescription a aujourd'hui une origine hospitalière.

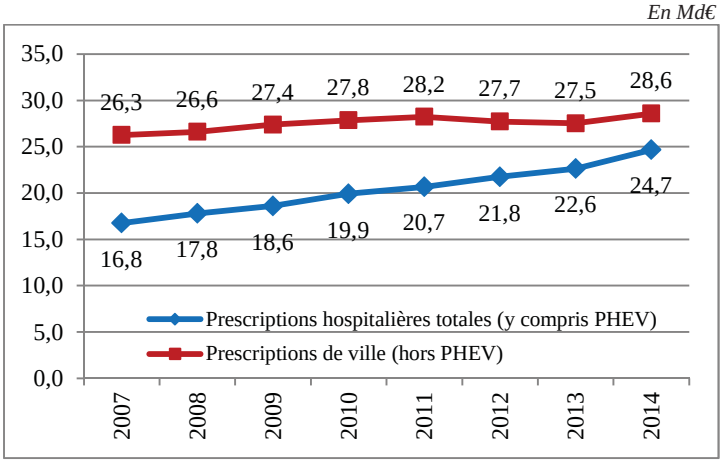
[288] Hors locations de matériel, charges de maintenance et de réparation.
[289] Établissements publics de santé et établissements de santé privés d'intérêt collectif.
[290] Pour 2014, l'ONDAM hospitalier constaté s'est élevé à 74,8 Md€ et l'ONDAM total à 178 Md€ (rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale - CCSS de septembre 2015).
[291] Dans le cadre de la tarification à l'activité, une liste de spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation a été définie.
[292] Données ATIH.
[293] Prescriptions hospitalières entendues au sens de prescriptions dont l'auteur est un praticien exerçant en établissement de santé (incluant donc les dépenses de prescriptions supportées par le titre 2 des budgets des établissements de santé ainsi que les prescriptions hospitalières exécutées en ville - PHEV). Les prescriptions en ville s'entendent hors PHEV et honoraires médicaux et comprennent les dépenses de médicaments, de dispositifs médicaux, de biologie, de transports et d'indemnités journalières.

2 - Une dynamique de dépense plus sensible à l'hôpital qu'en ville

Les dépenses de l'assurance maladie respectivement liées à des prescriptions de ville[294] et à des prescriptions à l'hôpital[295] connaissent des rythmes de progression nettement différenciés (voir graphique ci-après). Entre 2007 et 2014, les dépenses liées à des prescriptions hospitalières ont progressé cinq fois plus vite que celles liées aux prescriptions de ville (+47 % contre +9 % en euros courants).

Si les nouveaux traitements contre l'hépatite C introduits en 2014 expliquent pour la période la plus récente une part importante de cette hausse (+5,7 % en euros constants au titre de la seule année 2014 à l'hôpital), sur la période immédiatement antérieure, soit entre 2007 et 2013, les prescriptions hospitalières ont progressé de +22 % en euros constants, tandis que les prescriptions en ville baissaient de -5,5 %.

Graphique n° 20 : évolution des dépenses de prescriptions à l'hôpital et en ville (2007-2014)



Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH (hôpital) et de la CCSS (ville).

[294] Prescriptions réalisées par des praticiens libéraux comprenant les dépenses de laboratoires, de transports de malades, de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux), d'indemnités journalières et hors prescriptions hospitalières exécutées en ville (source : commission des comptes de la sécurité sociale).

[295] Prescriptions réalisées par des praticiens hospitaliers et exécutées soit à l'hôpital soit en ville, comprenant les dépenses d'imagerie, de biologie, de médicaments (y compris molécules onéreuses), de dispositifs médicaux et les dépenses liées aux PHEV (données ATIH issues des comptes financiers des établissements et de retraitements comptables).

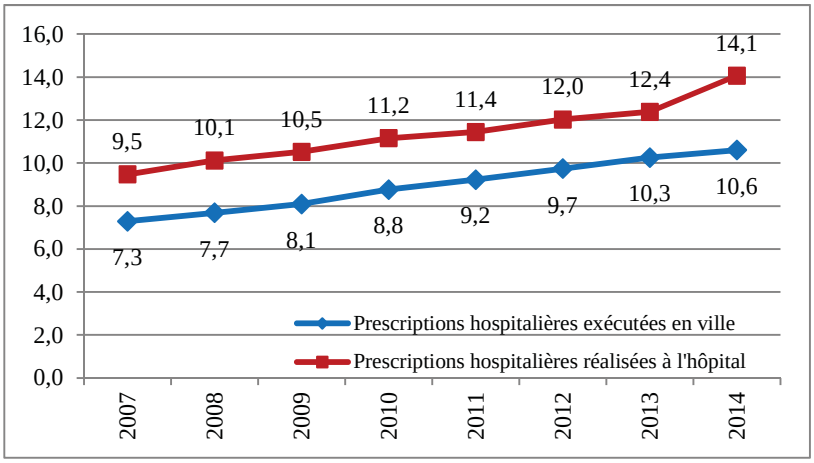
Cette forte augmentation des prescriptions hospitalières par comparaison avec celles de ville doit être analysée au regard des effectifs de prescripteurs. Ainsi, les 125 000 médecins libéraux[296], qui représentent 63 % des effectifs médicaux[297], ont été à l'origine de 53 % des dépenses liées à des prescriptions en 2014.

B - Une augmentation des dépenses de prescriptions hospitalières forte et de même ampleur, qu'elles soient exécutées à l'hôpital ou en ville

Que les prescriptions hospitalières soient réalisées à l'hôpital ou en ville, les dépenses qui leur sont liées connaissent des progressions élevées et comparables. Les prescriptions de médicaments jouent un rôle central dans leur niveau comme dans leur dynamisme.

Graphique n° 21 : évolution comparée des dépenses liées aux prescriptions hospitalières réalisées à l'hôpital et exécutées en ville (2007-2014)

En Md€



Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS.

[296] Conseil national de l'ordre des médecins, DREES et observatoire national de la démographie des professions de santé.
[297] Hors profession de sages-femmes et chirurgiens-dentistes.

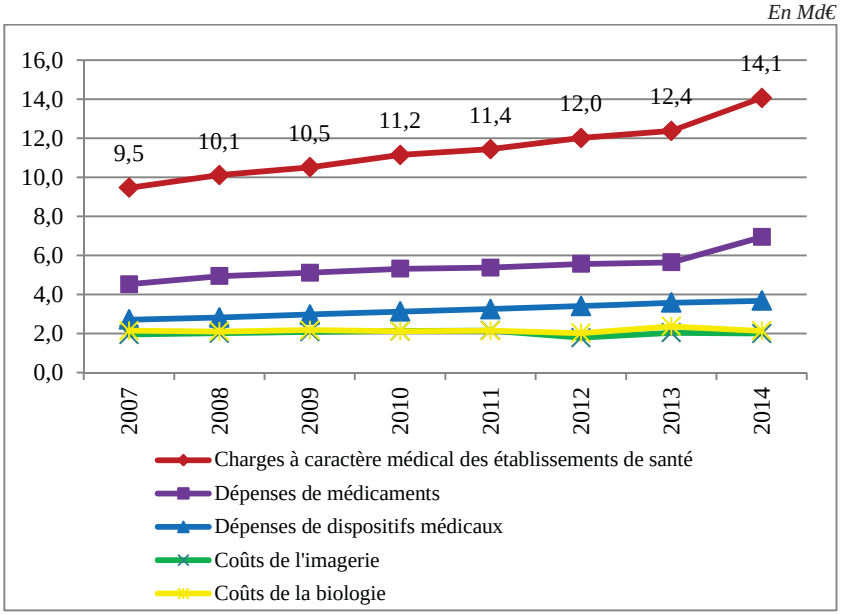
1 - Des dépenses à l'hôpital tirées par les médicaments et par les dispositifs médicaux

Entre 2007 et 2014, les dépenses liées aux prescriptions hospitalières réalisées à l'hôpital ont augmenté de +33 % en euros constants, dont +13 % pour la seule année 2014[298] (voir graphique *infra*). De fait, la progression enregistrée en 2014, principalement liée aux coûts des nouveaux médicaments contre l'hépatite C, explique près de 40 % de la croissance intervenue depuis 2007.

Plusieurs facteurs se conjuguent pour pousser à la hausse les dépenses liées aux prescriptions hospitalières, selon cependant des dynamiques différentes d'une catégorie de dépenses à l'autre.

Graphique n° 22 : évolution des dépenses des établissements de santé liées aux prescriptions hospitalières réalisées à l'hôpital (2007-2014)

En Md€



Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH issues des comptes financiers des établissements de santé et de retraitements comptables.

[298] Données ATIH.

Les dépenses de médicaments, soit près de 6,9 Md€ en 2014[299], ont augmenté de +37 % en euros constants depuis 2007. Ce poste intègre les coûts des molécules onéreuses financées en sus des séjours par une dotation spécifique de l'assurance maladie (2,9 Md€ en 2014 contre 2,1 Md€ en 2007). La progression de ce poste (+23 % en euros constants[300]) ne rend toutefois compte que partiellement du dynamisme des dépenses de médicaments à l'hôpital.

Les dépenses relatives aux dispositifs médicaux ont pour leur part progressé de +22 % en euros constants depuis 2007, pour atteindre 3,7 Md€ en 2014[301].

En revanche, les données disponibles pour les dépenses d'imagerie et de biologie, à considérer cependant avec précaution (voir *infra*), font apparaître une stabilité des dépenses en euros courants au cours de cette même période (à 2 Md€ et 2,1 Md€ respectivement)[302].

Les dépenses liées aux prescriptions hospitalières réalisées à l'hôpital ont fortement augmenté dans toutes les catégories d'établissements, sauf exception.

En 2014, les 32 centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHRU) concentraient près de la moitié (plus de 48 %) des dépenses[303], qui ont augmenté de plus de 56 % depuis 2007. Les médicaments expliquent logiquement en grande partie cette évolution, dès lors que ces établissements concentrent des prises en charge très spécialisées et ont recours à des molécules innovantes, le plus souvent particulièrement onéreuses. Ce poste de dépenses (3,5 Md€ en 2014, soit 52 % des charges à caractère médical des CHU) a ainsi progressé de +44 % en euros constants entre 2007 et 2014, dont +18 % durant cette seule année.

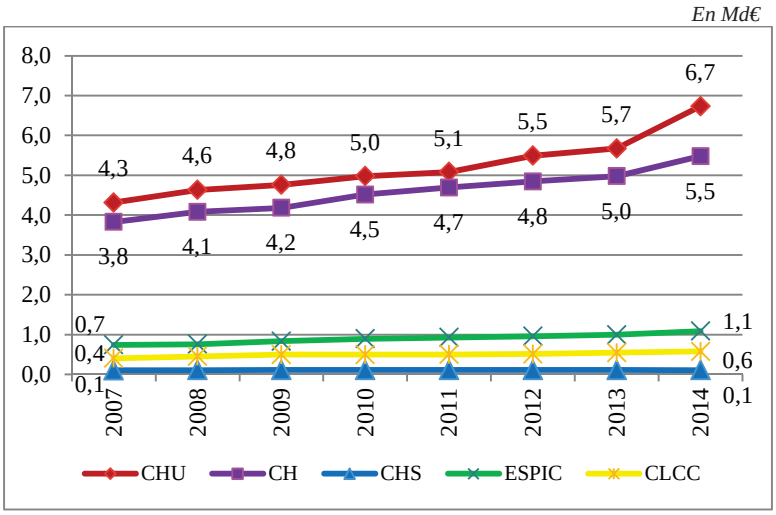
Les centres hospitaliers (CH) ont également connu une forte progression de leurs dépenses liées à des prescriptions (+28 % en euros constants entre 2007 et 2014). Comme celles des CHRU, elles sont tirées par les dépenses de médicaments (+35 % en euros constants entre 2007 et 2014, dont +10 % en 2014).

[299] Données de l'ATIH issues des comptes financiers des établissements de santé.
[300] Données de la DGOS et de l'ATIH.
[301] Données de l'ATIH issues des comptes financiers des établissements de santé.
[302] Données ATIH issues de retraitements des comptes financiers des établissements de santé.
[303] *Idem*

Il en va de même pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et les centres de lutte contre le cancer (CLCC), soit respectivement +31 % et +43 % en euros constants entre 2007 et 2014.

Les dépenses relatives aux prescriptions dans les établissements psychiatriques ont, quant à elles, augmenté en euros courants (+5 %), mais baissé en euros constants (-6 % entre 2007 et 2014). Les dépenses de médicaments y ont de fait baissé en euros courants (-4 %) et, plus encore, constants (-15 %).

Graphique n° 23 : évolution des dépenses hospitalières liées aux prescriptions hospitalières en fonction du type d'établissement (2007-2014)



Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH issues des comptes financiers des établissements de santé et de retraitements comptables.

2 - Des dépenses exécutées en ville aussi dynamiques que celles réalisées à l'hôpital

Les dépenses liées aux prescriptions hospitalières exécutées en ville se sont élevées à près de 10,6 Md€ en 2014, soit 43 % de la dépense totale de prescriptions hospitalières. Elles ont augmenté de +30 % en euros constants (+45 % en euros courants) entre 2007 et 2014, à un rythme comparable à celui des prescriptions réalisées à l'hôpital.

Les différents postes de dépenses ont cependant connu des évolutions différenciées, comme le montre le tableau ci-après.

Tableau n° 62 : évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux prescriptions hospitalières exécutées en ville (2007-2014)

En Md€

	2007	2014	Variation en euros constants	% du total
Médicaments	3,1	4,7	52 %	44 %
Biologie	0,3	0,4	35 %	4 %
Actes d'auxiliaires médicaux	0,6	1,1	79 %	10 %
Liste des prestations et produits d'origine humaine	0,9	1,4	57 %	13 %
Transports de malades	1,1	1,6	45 %	16 %
Indemnités journalières (hors maternité)	1,2	1,3	6 %	12 %
Total	**7,3**	**10,6**	**45 %**	**100 %**

Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS.

Les dépenses de médicaments représentent le premier poste de prescriptions hospitalières exécutées en ville (44 % en 2014) et se distinguent par leur forte progression (+52 % en euros constants entre 2007 et 2014). Sur cette période, la part des prescriptions hospitalières exécutées en ville est passée de 14 % à 18 % des dépenses totales de médicaments en ville et à l'hôpital[304].

Les dépenses liées aux transports de patients prescrits par les praticiens hospitaliers ont représenté près de 1,6 Md€ en 2014, en hausse de +30 % en euros constants par rapport à 2007. S'agissant spécifiquement de ce poste, les prescriptions hospitalières (exécutées en ville) n'ont pas augmenté plus rapidement que les prescriptions de ville : en 2014 comme en 2007, les transports sanitaires prescrits à l'hôpital représentaient 49 % de la dépense totale de transports sanitaires[305].

Les trois CHU les plus importants[306] sont à l'origine de près de 20 % des dépenses liées à des prescriptions hospitalières exécutées en ville en 2014 (1,9 Md€). Les centres hospitaliers (CH), quant à eux, ont été à l'origine de 43 % de ces mêmes dépenses (4,9 Md€).

[304] CNAMTS et commission des comptes de la sécurité sociale.
[305] CNAMTS et commission des comptes de la sécurité sociale.
[306] Assistance publique - Hôpitaux de Paris, Hospices civils de Lyon et Assistance publique- Hôpitaux de Marseille.

C - Une dynamique trop peu analysée

Bien que les dépenses d'assurance maladie liées aux prescriptions hospitalières soient particulièrement dynamiques, des incertitudes entourent leur montant et les causes de leur croissance rapide.

1 - Des prescriptions hospitalières imparfaitement connues et vraisemblablement sous-évaluées

Le suivi des prescriptions hospitalières comporte des faiblesses et ne procure que des données imparfaitement fiables.

Les données disponibles en matière de biologie et d'imagerie correspondent à des coûts moyens calculés et non, comme pour les autres prescriptions réalisées à l'hôpital, à des coûts réels. En effet, les coûts relatifs aux actes de biologie et d'imagerie ne sont pas individualisés au sein des groupes homogènes de séjour (GHS) sur lesquels repose la tarification à l'activité des établissements hospitaliers (T2A).

De ce fait, ils sont calculés par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) à partir de retraitements des données de la comptabilité analytique des établissements de santé.

Dans son rapport sur la sécurité sociale de 2013[307], la Cour avait souligné que les coûts et la nature des actes de biologie médicale étaient très largement méconnus. Elle a fait le même constat en matière d'imagerie médicale[308].

Selon l'ATIH, la comparaison dans le temps des chiffrages issus de ces retraitements est à interpréter avec prudence. D'une part, le périmètre des établissements ayant répondu aux demandes d'informations de l'ATIH fluctue chaque année[309]. Le périmètre des examens pris en

[307] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XIII : Les dépenses de biologie médicale, p. 365-392, La Documentation française, septembre 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.
[308] Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*, L'imagerie médicale, avril 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.
[309] L'ATIH centralise le recueil de ces données par la voie d'une enquête annuelle à laquelle l'ensemble des établissements ne sont pas tenus de répondre. Ainsi, le périmètre des établissements ayant répondu est passé de 1 417 structures en 2007 à 1 230 en 2014. En particulier, l'AP-HP n'a pas communiqué les éléments du retraitement comptable en 2012 et 2014.

compte a également un caractère évolutif[310]. D'autre part, la méthodologie de recueil du retraitement comptable des données a elle-même évolué[311].

Dès lors, les dépenses d'imagerie et de biologie sont recensées de manière imprécise et non comparable dans le temps. Leur quasi-stabilité en euros courants entre 2007 et 2014 (voir *supra*) doit ainsi être nécessairement appréciée avec prudence. Elle pourrait en réalité masquer une hausse, d'ampleur indéterminée.

Par ailleurs, au sein des dépenses de médicaments délivrés à l'hôpital, il s'avère difficile de distinguer les évolutions des dépenses respectivement liées aux médicaments courants et aux molécules onéreuses de la « liste en sus ». En effet, quoique indispensables à la maîtrise des dépenses de la « liste en sus », les radiations de certaines molécules de cette dernière, qui sont alors prises en charge dans le cadre de droit commun des GHS, introduisent des modifications de périmètres substantielles.

2 - L'incidence incertaine de la tarification à l'activité (T2A)

La réforme du financement des établissements de santé liée à l'introduction en 2004 de la T2A a répondu à deux finalités : dynamiser la gestion des établissements publics en substituant au financement par la voie d'une dotation globale instauré en 1983 des recettes issues de l'activité de soins effectuée et éliminer progressivement les disparités historiques de financement entre établissements, qu'ils soient publics ou privés, en faisant converger leurs tarifs en fonction du principe selon lequel à prestation identique, tarif identique.

[310] À titre d'illustration, les retraitements comptables opérés en 2009 conduisent à ne plus intégrer les dépenses d'anatomopathologie dans ces coûts. En sens inverse, les actes d'imagerie produits pour d'autres établissements sont inclus depuis 2014 dans le nombre d'actes remontés auprès de l'ATIH.

[311] En particulier, à partir de 2014, les actes d'imagerie produits pour d'autres établissements sont inclus dans le nombre d'actes remontés auprès de l'ATIH.

La tarification à l'activité

La T2A est un système de financement des établissements de santé qui fait reposer leurs ressources sur l'activité qu'ils réalisent.

L'analyse des données fournies par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de classer le séjour hospitalier de chaque patient au sein d'un groupe homogène de malades (GHM). À chaque GHM est associé un tarif, le GHS, défini par l'ATIH sur la base d'une échelle nationale des coûts.

Le tarif versé à un établissement de santé pour un séjour donné est par nature composite : il est formé à titre principal du GHS, auquel viennent s'ajouter, le cas échéant, des suppléments journaliers (par exemple réanimation, soins intensifs ou surveillance continue), des suppléments pour actes de dialyse, radiothérapie ou prélèvements d'organes et des financements liés à la prescription de molécules onéreuses ou de dispositifs médicaux inscrits sur la « liste en sus ».

La mise en œuvre de la T2A, qui avait révélé de fréquentes situations de sous-activité ou d'efficience insuffisante, a poussé certains établissements à reconsidérer les organisations internes hospitalières et, dans une moindre mesure, les capacités hospitalières afin de gagner en productivité. Cependant, elle s'est aussi révélée un mode de rémunération inflationniste, incitant d'autres à la croissance de l'activité plutôt qu'à sa rationalisation[312].

De fait, l'évolution des dépenses de prescriptions hospitalières tend à montrer que depuis 2007, la T2A n'a guère eu d'effet restrictif sur les dépenses médicales. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'expliquer ce constat.

Au sein d'un séjour hospitalier, l'essentiel des dépenses liées aux prescriptions hospitalières (imagerie, biologie, médicaments courants) est intégré dans le GHS de façon indistincte. Le nombre et la nature des prescriptions hospitalières sous-jacentes ne sont pas connus des praticiens.

[312] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre V : Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant, p. 185-216, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

En outre, la rémunération au titre d'un GHS est parfois conditionnée par un nombre minimal d'actes durant le séjour hospitalier du patient. Ainsi, pour que l'établissement puisse bénéficier d'un GHS d'hospitalisation de jour, les praticiens doivent justifier le recours à au moins trois types d'actes différents (par exemple, un acte de biologie associé à un acte d'imagerie et une consultation médicale). Dans le cadre des travaux menés en 2016 par la commission sur la réforme du financement de l'hôpital présidée par M. Olivier Véran, il est apparu que ces règles de facturation pouvaient favoriser la prescription d'actes inutiles[313].

Les conséquences défavorables de l'excès de prescription d'examens biologiques

L'idée selon laquelle réaliser un grand nombre d'examens de biologie serait soit bénéfique pour le patient, soit de nature à sécuriser sa prise en charge, a été démentie à plusieurs reprises dans la littérature scientifique depuis les années 1980. La multiplication des examens de biologie, notamment aux urgences, et les prescriptions inutiles peuvent avoir des conséquences défavorables à plusieurs titres :

- l'augmentation de résultats « faux positifs » : la détermination chez un sujet sain d'un paramètre biologique peut conduire à un résultat anormal (avec une probabilité pouvant aller jusqu'à 5 % de « faux positifs »). Dès lors, la détermination de paramètres plus nombreux chez ce même sujet sain conduira à une probabilité accrue de « faux positifs » induisant elle-même une investigation clinique plus poussée et de nouvelles prescriptions, alors même que le sujet n'est pas malade ;
- l'allongement du temps de passage aux urgences. La durée moyenne d'une consultation médicale aux urgences passe de 30 minutes à plus de 2 heures lorsqu'un acte de biologie est pratiqué[314] ;
- le différé de traitement des prélèvements liés à une réelle situation d'urgence au sein de laboratoires confrontés à un afflux massif d'examens inutiles ;

[313] Intervention du 29 janvier 2016 devant la commission : « Effets pervers de la T2A sur les pratiques médicales en neurologie ou comment changer le paradigme soignant », S. Crozier, D. Grabli, S. Demeret, F. Bolgert, A. Léger, C. Papeix, B. Rohaut, F. Salachas, K. Viala (neurologues au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris).

[314] Saunders CE. *Time study of patient movement through the emergency department: sources of delay in relation to patient acuity. Ann Emerg Med.* 1987. pp 1244-8.

- en cas de prélèvements sanguins inutiles, le risque d'anémie dite de « spoliation sanguine » (observée en particulier dans les services de réanimation et de gériatrie), entraînant par la suite la consommation de produits sanguins labiles, dans le seul but de compenser ces prélèvements inutiles[315].

Enfin, la T2A peut inciter les acteurs hospitaliers à rechercher une plus forte activité en volume tout en réduisant la durée moyenne de séjour afin de dégager une marge nette la plus forte. Cette tendance inflationniste, analysée notamment par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)[316], n'est que très rarement freinée, tant les responsables de services sont incités à accroître le niveau d'activité du plateau technique dont ils ont la charge.

Dans son rapport d'étape, la commission sur la réforme du financement de l'hôpital a ainsi identifié des stratégies d'optimisation des recettes générées par le parcours de soins du patient par le mécanisme de la T2A. En particulier, certains actes qui pourraient être pratiqués dans le cadre de soins ambulatoires (acte technique réalisé dans le cadre d'une consultation externe par exemple) le sont dans le cadre d'un séjour hospitalier conventionnel.

En définitive, l'intégration de façon indistincte des prescriptions hospitalières dans les GHS et la recherche d'activité supplémentaire liée à la T2A pourraient rendre moins perceptibles par le prescripteur les conséquences financières de sa prescription. La T2A pourrait ainsi avoir, toutes choses égales par ailleurs, un effet au global moins régulateur qu'inflationniste sur les prescriptions. Cette dynamique pourrait, sans préjudice des conséquences par ailleurs des progrès médicaux sur les prescriptions, contribuer à expliquer pour une part le paradoxe apparent d'une vive progression des dépenses malgré la contrainte liée à la facturation par groupe homogène de séjours.

⁂

[315] J.-J. Lehota, C. Heuclinb, J. Neideckera, R. Cartierc, P. Ffrenchd, M.E. Reverdye, D. Revelf, M. Billardg, C. Lupog, B. Gonnarda, G. Kellera, G. Aulagnerg, O. Bastiena. Optimisation des prescriptions en réanimation. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. Volume 29, Issue 10, octobre 2010, pp. 682–686.

[316] Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères, Zeynep Or, Thomas Renaud, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, mars 2009.

Les dépenses d'assurance maladie liées aux prescriptions hospitalières, soit 24,7 Md€ en 2014, sont particulièrement dynamiques (+32 % en euros constants entre 2007 et 2014), sous l'effet notamment des dépenses de médicaments (+37 % sur la même période). Ces dépenses, connues de manière imprécise, sont financées aux établissements de santé, pour l'essentiel, de façon globalisée dans le cadre des GHS. Ce mécanisme a été impuissant à enrayer leur dynamisme, en l'absence de dispositifs de régulation efficace.

II - Des dispositifs de régulation en cours de rénovation, mais en prise insuffisante sur les prescriptions

Compte tenu du volume et de la dynamique des dépenses d'assurance maladie liées aux prescriptions hospitalières, les pouvoirs publics ont mis en place de nombreux dispositifs contractuels afin de les contenir. La dernière génération de contrats, tout récemment instaurée, a pour objet de les unifier. En l'état, elle laisse cependant subsister plusieurs faiblesses préjudiciables à une régulation efficiente.

A - Une action de maîtrise des prescriptions hospitalières qui peine à se structurer

La politique de régulation des prescriptions hospitalières repose sur la mise en œuvre d'un grand nombre d'outils contractuels. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a entendu remédier à cet éclatement en prévoyant le remplacement de la plupart d'entre eux par un nouveau type de contrat.

1 - Une inflation d'instruments contractuels sans effet visible sur la dépense

La politique de régulation des prescriptions hospitalières prend appui sur des contrats conclus entre les établissements et les agences régionales de santé (ARS) ou avec les ARS et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

Sept types de contrats distincts se sont sédimentés au fil du temps. Ainsi aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) mis en œuvre à compter de 1996[317], sont venus s'ajouter les contrats de bon usage du médicament, des produits et prestations (CBUMPP) en 2005, puis en 2009 les contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS portant sur les produits de santé ou les transports) et les contrats de performance (également en 2009), par la suite les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS) en 2011 et enfin, en 2015[318], les contrats d'amélioration des pratiques en établissements de santé (CAPES) et les contrats d'amélioration de la pertinence des soins (CAPS). En outre, les contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) peuvent également prévoir des dispositions visant à renforcer la maîtrise des prescriptions hospitalières. Par ailleurs, le plan ONDAM 2015-2017 a ajouté à cet édifice une strate complémentaire.

La pertinence des soins dans le plan ONDAM 2015-2017

Début 2015, le ministère chargé de la santé et l'assurance maladie ont lancé le plan ONDAM 2015-2017, qui vise à réaliser 10,6 Md€ d'économies sur cette même période. Il est construit autour de douze blocs de compétences dont la responsabilité est partagée entre les ARS et l'assurance maladie. L'un est consacré à la pertinence des actes à l'hôpital. Il comporte un objectif, limité, d'économies de 50 M€, attendu d'une réduction de 50 000 séjours réalisés autour de 33 actes prioritaires, principalement de chirurgie, définis au niveau national.

En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, les actions d'amélioration de la pertinence des soins décidées conjointement par l'État et par l'assurance maladie sont déclinées en des plans d'actions régionaux d'amélioration de la pertinence des soins établis par les ARS et en des contrats *sui generis* entre les établissements, les ARS et l'assurance maladie, qui comportent des objectifs quantitatifs et qualitatifs. Des mises sous accord préalable sont prévues[319] dans le cas où un grand nombre de prestations ou de prescriptions d'un établissement ne seraient pas conformes aux référentiels de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé ou en cas d'écart entre les pratiques de prestation ou de prescription dans un établissement et les moyennes régionales et nationale au titre d'une activité comparable[320].

[317] Et en particulier leur annexe 3 « améliorer la qualité et la sécurité des soins »

[318] Décrets du 19 novembre 2015 relatifs à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé et au contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé.

[319] Décret du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé.

[320] Un contrat tripartite sera alors signé entre l'ARS, l'assurance maladie et l'établissement pour réduire les écarts de pratiques.

Ces dispositifs contractuels ne se sont pas inscrits dans une vision d'ensemble. Leurs principes mêmes divergent, reflétant une hésitation prolongée sur le mode d'action à mettre en œuvre. Certains prévoient de lourdes sanctions financières pour les établissements (comme le CBUMPP), d'autres un intéressement (comme les CAQCS), d'autres encore utilisent ces deux instruments (comme les CAQOS).

En outre, ces dispositifs visent les prescriptions jugées particulièrement sensibles, mais laissent de côté une grande partie des dépenses. Ainsi, les CBUMPP et CAQOS couvrent uniquement les molécules onéreuses et les dispositifs médicaux de la « liste en sus » (4,6 Md€ de dépenses en 2014) et les prescriptions hospitalières exécutées en ville de médicaments et de transports (6,3 Md€), dont les professionnels libéraux de santé considèrent qu'elles amputent anormalement l'ONDAM relatif aux soins de ville. La majorité des dépenses liées à des prescriptions effectuées à l'hôpital n'est ainsi soumise à aucun dispositif contractuel de régulation.

Par ailleurs, la mise en œuvre de certains types de contrats apparaît dénuée de toute impulsion forte. Ainsi, seuls 52 établissements ont été incités à passer des CAQOS en 2014 (contre 181 en 2011) ; en leur sein, seuls 32 ont effectivement conclu un tel contrat. Au cours de la même période, les prestations exécutées en ville, que les CAQOS ont pour objet de réguler, ont pourtant augmenté de +45 %.

Tableau n° 63 : diffusion des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation de soins relatifs aux produits de santé (2011-2014)

	2011	2012	2013	2014
Établissements ciblés	181	140	101	52
Contrats signés	24	75	48	32
Taux de contractualisation	13 %	54 %	48 %	62 %

Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS.

S'agissant des dispositifs contractuels généralisés à l'ensemble des établissements (CPOM, CBUMPP), les sanctions prévues ne sont que rarement appliquées. Ainsi en 2014 dans le cadre du contrôle de l'application des CBUMPP, seuls neuf établissements ont été tenus de décliner un plan d'action visant à corriger des écarts constatés en matière de prescription de molécules onéreuses. Le ministère des affaires sociales

et de la santé[321] a lui-même relevé « un essoufflement de l'implication [des ARS] dans la régulation de la « liste en sus », alors même que l'évolution des dépenses de ces produits justifie de maintenir une mobilisation nationale dynamique ».

Enfin, les engagements font l'objet d'un suivi à la périodicité très variable : évaluation annuelle (CPOM, CBUMPP), pluriannuelle avec un point annuel (CAQOS) ou à la discrétion des ARS (CAQCS).

Alors même qu'entre 2007 et 2014, les dépenses de prescriptions hospitalières ont crû de façon importante, les outils contractuels de régulation se sont ainsi démultipliés sans la vision stratégique nécessaire à un renforcement de leur efficacité. Portant sur des champs partiels de dépenses, peu diffusés, rarement sanctionnés et insuffisamment évalués, ils n'ont pas atteint les objectifs qui en étaient attendus.

2 - Un nouveau dispositif qui ne remédie que partiellement aux faiblesses constatées

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 81) a créé le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES).

Conclu entre le directeur général de l'ARS, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le directeur de chaque établissement de santé, il a pour objet d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de favoriser une maîtrise accrue des dépenses d'assurance maladie. Il comporte un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations et, le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels avec les établissements ne respectant pas un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie.

Ce contrat est conclu pour une durée indéterminée. En cas de refus par un établissement de conclure ce contrat ou l'un de ses volets, le directeur général de l'ARS peut prononcer une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires de base d'assurance maladie par l'établissement de santé[322] concerné.

---

[321] Réponse à la question parlementaire n° 55 dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

[322] En cas de refus de conclure les volets relatifs aux produits de santé, le directeur général de l'ARS peut choisir, à la place de cette sanction, de réduire de 30 % la part de la « liste en sus » prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Ce nouveau dispositif doit unifier dans un seul cadre les cinq dispositifs contractuels visant spécifiquement la maîtrise des prescriptions hospitalières[323] et harmoniser les modalités de suivi des engagements de maîtrise des prescriptions des établissements de santé.

Cependant, les textes définissant leurs modalités de mise en œuvre restent encore à paraître. En l'état actuel de leur préparation, les CAQES viseraient principalement les dépenses correspondant à des prescriptions hospitalières exécutées en ville. S'agissant de celles réalisées à l'hôpital, qui concentrent pourtant une part prépondérante des enjeux financiers d'une régulation accrue des prescriptions (14,1 Md€ sur 24,7 Md€ en 2014), ils ne couvriraient pas les actes de biologie et d'imagerie.

En outre, pas plus que les contrats qu'ils ont pour objet de remplacer, les CAQES ne comporteraient de modalités d'association de la communauté médicale à leur élaboration, à leur suivi et à leur évaluation. Or, à défaut de recueillir l'engagement du corps médical des établissements, notamment par l'intermédiaire des commissions médicales d'établissement (CME) et de leur président, les médecins hospitaliers, bien que les premiers concernés, demeurent peu impliqués par des engagements pris par les seules directions d'établissements.

En définitive, ce nouveau dispositif de régulation des prescriptions hospitalières par la voie contractuelle simplifie certes le paysage des dispositifs administratifs, mais risque de manquer son objectif d'une régulation plus efficiente et plus efficace de ces prescriptions et des dépenses d'assurance maladie qui leur sont liées.

B - Des dispositifs de régulation qui ne responsabilisent pas les prescripteurs

Les différents contrats ont pour caractéristique commune de porter l'effort de régulation au niveau de la direction de l'établissement de santé. Les médecins, dont le comportement de prescription est peu connu et peu suivi à l'échelle individuelle, ne sont pas ou que peu impliqués. Alors que l'identification du prescripteur constitue une obligation légale[324] et le préalable de toute démarche de responsabilisation, les outils mis en place à ce titre n'ont produit que des effets modestes, tout particulièrement pour les prescriptions intra-hospitalières.

[323] Contrats de bon usage du médicament, des produits et des prestations, d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (pour le double volet produits de santé et transports), d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, d'amélioration des pratiques en établissements de santé et d'amélioration de la pertinence des soins.

[324] Article L. 162-5-15 du code de la santé publique introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

1 - Un suivi individuel des prescripteurs aujourd'hui défaillant

Comme pour les professionnels libéraux de santé, les prescriptions hospitalières exécutées en ville doivent être identifiées par prescripteur[325]. L'application de cette obligation repose sur l'attribution d'un numéro d'inscription au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) à chaque praticien hospitalier et la diffusion des cartes de professionnel de santé au sein des établissements de santé, aujourd'hui généralisées. Elle a vocation à s'exercer le plus souvent via les logiciels de prescription informatisée déployés dans les établissements, bien que la prescription au format papier n'ait pas complètement disparu, à défaut d'une informatisation généralisée des services hospitaliers[326].

Toutefois, l'identification individuelle des prescripteurs hospitaliers est peu répandue. En 2015, l'assurance maladie a ainsi conduit une étude[327] sur un échantillon de près de 11,6 millions de décomptes de dépenses correspondant à des prescriptions de médicaments, transports et arrêts de travail, émises par des prescripteurs hospitaliers. Il en est ressorti que le taux de prescriptions comportant le numéro d'inscription au RPPS était de 5,3 % pour les médicaments, 2,4 % pour les arrêts de travail et 0,3 % pour les transports. De fait, selon l'ARS Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, le prescripteur n'est pas systématiquement identifié sur les prescriptions médicales de transport sous forme papier, ce qui limite les possibilités de suivi et d'action des établissements (dans le cadre de l'application des CAQOS).

S'agissant des prescriptions hospitalières réalisées à l'hôpital, les établissements interrogés par la Cour ont indiqué ne pas relier les prescriptions aux prescripteurs.

---

[325] Plusieurs textes sont venus entre 2009 et 2010 décliner la méthode utilisée pour permettre cette identification. Elle se matérialise aujourd'hui par la saisie systématique du numéro RPPS sur les supports de prescription à l'aide de la carte de professionnelle de santé.

[326] Voir le chapitre VIII du présent rapport : la modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficience du système de soins à renforcer.

[327] Suivi des prescriptions hospitalières exécutées et délivrées en ville (CNAMTS, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, données extraites du SNIIRAM, avril 2015). Depuis cette étude et dans le cadre du plan ONDAM, la CNAMTS a renforcé son suivi du taux de prescriptions hospitalières comportant le numéro RPPS en mettant en place un indicateur mensuel.

Ainsi, les centres hospitaliers de Vichy, Perpignan, Mulhouse et Belfort-Montbéliard précisent que malgré une prescription largement informatisée (entre 80 % et 95 % pour ces établissements), aucune identification du prescripteur n'est réalisée. Malgré les possibilités techniques de mise en œuvre de requête par praticien, seul le comportement de prescription d'un service ou d'une unité fonctionnelle est analysé sous l'angle du contrôle de gestion interne.

Pour les centres hospitaliers du Mans ou de Bourges dont les prescriptions sont très largement informatisées, ces dernières sont identifiées par service ou par unité fonctionnelle. Une analyse plus poussée par prescripteur est possible sur un plan technique, pour les seules prescriptions de médicaments, mais nécessite des extractions informatiques spécifiques dans les logiciels de suivi des consommations pharmaceutiques ou dans le dossier patient informatisé. Il n'est cependant pas recouru à ces possibilités. Pour les prescriptions de biologie et d'imagerie réalisées au sein des établissements, aucune extraction n'est possible car elles sont effectuées en fonction non d'un prescripteur identifié, mais de son service ou de son unité fonctionnelle de rattachement.

La difficulté à produire une analyse individuelle par médecin du comportement de prescription procède ainsi de facteurs purement organisationnels, en particulier l'absence de saisie du numéro RPPS du prescripteur dans les logiciels de prescription. Aucun n'est insurmontable. Ces défaillances attestent en réalité de l'absence de priorité donnée au suivi de ces dépenses.

Il est vrai par ailleurs que les prescriptions réalisées par des internes, exerçant par délégation d'un praticien sénior, soulèvent également la question de l'imputation de cette activité. La validation par le praticien délégataire des prescriptions des internes (« séniorisation ») a en tout état de cause une incidence favorable sur la maîtrise des prescriptions.

La séniorisation des prescriptions : une incidence favorable sur leur pertinence

La séniorisation d'une prescription hospitalière consiste en ce qu'un praticien disposant de la plénitude d'exercice[328] valide une proposition de prescription par un prescripteur délégué. Les enquêtes, en France comme à l'étranger, qui en ont analysé l'impact économique, ont toutes démontré son impact significatif sur les volumes de prescriptions hospitalières de médicaments, d'actes d'imagerie et d'actes de biologie, sous l'effet d'une meilleure adéquation des prescriptions aux besoins des patients.

À titre d'illustration, une étude publiée dans la Revue française de médecine d'urgence en 2011[329] a analysé le nombre d'examens d'hémostase prescrits sur 3 ans au sein du service d'accueil d'urgences (SAU) de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP). Cette étude rétrospective a été menée avant et après l'instauration de la séniorisation des demandes de bilans d'hémostase, par une feuille de rappel des bonnes indications de prescription. Le nombre de passages aux urgences a également été colligé. Durant ces trois années, alors que le nombre de passages aux urgences a crû de 5 %, le nombre d'examens d'hémostase prescrits a baissé de 53 %. Le ratio du nombre d'examens d'hémostase sur le nombre de passages est passé de 0,43 à 0,19, ce qui correspond à une économie de 75 000 euros en année pleine pour ce seul type d'examen au sein du SAU de l'hôpital[330]. Rapportée aux 18,4 millions[331] de passages par an dans les SAU de France, la diminution de la prescription de bilans d'hémostase pourrait conduire à une économie de 16,6 M€ au plan national.

[328] Les trois conditions cumulatives d'exercice sont définies par l'article L.356 du code de la santé publique. Par exemple, pour un médecin, il s'agit d'être titulaire d'un doctorat en médecine, d'être de nationalité française ou ressortissant de l'un des États membres de l'Union européenne et d'être inscrit à l'ordre des médecins.

[329] P. Bonnet, C. Devilliers, K. Saidi, P. Hausfater, P. Niclot, P. Ray, B. Riou. (2011). Impact de la séniorisation et du rappel des bonnes indications sur la prescription d'examens d'hémostase aux urgences pour adultes. Annales françaises de médecine d'urgence. Volume 1, pp 163-169.

[330] Selon les données communiquées par l'AP-HP, le SAU de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière a enregistré près de 83 000 passages en 2011.

[331] DREES, Statistique d'activité des établissements (SAE) données 2014.

2 - L'absence de contrôles individuels de la pertinence des prescriptions

Les contrôles exercés à l'hôpital sur la pertinence de la prescription sont peu fréquents et ont systématiquement une dimension collective, qui porte la question des pratiques médicales au niveau global de l'établissement. C'est le cas des contrôles de l'utilisation des molécules onéreuses effectués par les ARS dans le cadre des CBUMPP, dont le nombre et la portée restent modestes[332] ou des contrôles externes de la tarification à l'activité (T2A).

En effet, tout établissement de santé dont l'activité est soumise à la tarification à l'activité peut être contrôlé au regard de la correcte mise en œuvre des mécanismes de la T2A et notamment de la pertinence du codage des pathologies prises en charge. Les praticiens conseils de l'assurance maladie effectuent ce contrôle en lien avec la direction de l'établissement et le médecin responsable en son sein du département de l'information médicale. Les prescripteurs ne sont que très exceptionnellement rencontrés lors de ces contrôles et seuls les établissements sont sanctionnés.

Par ailleurs, le service du contrôle médical anime ou participe à des campagnes d'informations. Ces visites sont nombreuses et parfois ciblées sur des comportements de prescriptions atypiques relevés au titre des prescriptions hospitalières exécutées en ville. Elles présentent une utilité reconnue par leurs destinataires, mais ont uniquement un but pédagogique.

L'action du contrôle médical dans les établissements de santé

Les médecins conseil du contrôle médical et les délégués de la CNAMTS conduisent régulièrement des actions de sensibilisation à la pertinence des prescriptions hospitalières exécutées en ville. Ces actions, indépendantes du suivi des CAQOS, sont notamment effectuées auprès des présidents de commission médicale d'établissement et des praticiens. En 2014, 11 676 visites ont été réalisées. Les établissements rencontrés par la Cour ont témoigné de la réalité et de l'intérêt de ces actions.

[332] À titre d'exemple pour l'année 2013, 1 316 établissements ont signé des CBUMPP, mais seuls 100 établissements ont fait l'objet d'un contrôle des ARS et 9 seulement se sont vus contraints d'élaborer un plan d'action visant à corriger les dysfonctionnements relevés (source : DGOS).

Les échanges se fondent sur des profils d'établissements établis par la CNAMTS, qui permettent de connaître la répartition des prescriptions exécutées en ville par montant remboursé pour l'établissement. Cette situation est comparée à la moyenne des dépenses réalisées par des établissements de taille comparable. Les profils indiquent notamment la répartition des prescriptions exécutées en ville par classe thérapeutique et les prescriptions réalisées en libéral par les praticiens de l'établissement.

Pour 2015, les actions mises en œuvre ont porté en priorité sur la prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques, la prescription en dénomination commune internationale[333], le recours aux médicaments biosimilaires permettant de diminuer les dépenses relatives à des prescriptions de spécialités et le développement des objectifs qualitatifs, dont la bonne identification du prescripteur sur les ordonnances.

Depuis 2015, les établissements sont également sélectionnés en fonction du volume et du montant de leurs prescriptions exécutées en ville. Ces nouvelles modalités doivent permettre à l'assurance maladie de convenir d'engagements avec des établissements qui ne font pas apparaître de progression particulièrement élevée, mais qui ont une forte activité de prescription.

Tant les contrôles que les dispositifs contractuels restent ainsi essentiellement ciblés sur le comportement de prescription à l'échelle de l'établissement. Le suivi de l'activité de prescription à l'échelon du prescripteur individuel apparaît aujourd'hui négligé.

III - Mieux responsabiliser les prescripteurs hospitaliers

Le poids croissant des dépenses d'assurance maladie liées aux prescriptions hospitalières doit désormais conduire à mettre en place des actions plus déterminées dans un cadre contractuel rénové. Il importe ainsi non seulement de mieux accompagner les médecins dans leurs pratiques, mais aussi de mieux suivre et analyser leur comportement individuel de prescription.

[333] Élaborée par l'Organisation mondiale de santé, elle permet d'identifier le médicament par le nom de sa substance active en lieu et place de sa marque commerciale. Une même molécule peut en effet être distribuée sous différents noms par un même laboratoire.

A - Favoriser la juste prescription

La médecine hospitalière est par définition pluridisciplinaire. Les cliniciens ont la responsabilité vis-à-vis des patients d'établir un diagnostic, de préconiser un traitement et d'organiser la mise en œuvre des soins sur la base entre autres d'avis de praticiens spécialistes et de l'ensemble des responsables médico-techniques (imagerie, biologie, bloc opératoire, endoscopie, etc.). La gestion de cette complexité, accentuée par les avancées du progrès médical, rend nécessaire la mise en place de dispositifs d'appui aux prescripteurs, une adaptation des recommandations de bonnes pratiques au contexte hospitalier et une meilleure prise en compte des objectifs de maîtrise des prescriptions dans le fonctionnement courant de l'hôpital.

1 - Généraliser les logiciels d'aide à la prescription

La prescription à l'hôpital fait intervenir de nombreux outils qui visent à conjuguer plusieurs logiques : la pluridisciplinarité de l'acte de prescription, sa dimension médico-économique et la gestion des risques liés à la prise en charge des patients. Les logiciels d'aide à la prescription[334] constituent des outils centraux dans ce processus.

La loi de renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé du 29 décembre 2011 a rendu obligatoire la certification des logiciels d'aide à la prescription à compter du 1er janvier 2015. Applicable aux logiciels de prescription à usage hospitalier, elle doit permettre d'améliorer la sécurité des pratiques en diminuant les risques iatrogènes, d'accroître l'efficience de la prescription et de diminuer le coût du traitement à qualité égale.

L'ensemble des établissements et des prescripteurs interrogés par la Cour reconnaissent que ces dispositifs sont de nature à améliorer notablement la maîtrise des prescriptions hospitalières, en apportant au médecin la bonne information au bon moment. Le praticien dispose en effet, au moment même de son acte de prescription, de l'ensemble des informations lui permettant de faire le choix le plus opportun sur le plan médical en fonction de l'état de l'art et le plus pertinent sur le plan économique, en évitant les redondances d'actes.

[334] Le secteur industriel de l'informatique hospitalière présente une forte diversité : 288 entreprises sont inscrites au répertoire des éditeurs de logiciels et des intégrateurs du monde de la santé (RELIMS) et ont déclaré 806 logiciels disponibles sur le marché français, touchant à l'ensemble de l'activité hospitalière, dont l'aide à la prescription. Le nombre d'entreprises a progressé de 7 % par rapport à 2015 et celui des logiciels de 5 % (source : Atlas des SIH 2016).

Cependant, seuls 59 logiciels seraient certifiés à terme, ce qui ne couvrirait que 70 % des lits d'hospitalisation de court séjour[335]. Une couverture complète est en effet conditionnée par l'achèvement du déploiement, aujourd'hui encore en cours, de l'informatisation des dossiers patient et de la prescription. Comme l'analyse la Cour dans le cadre du présent rapport[336], ce déploiement est appelé à s'accélérer dans le cadre du programme « Hôpital numérique ». Le recours systématique à la prescription électronique devra impérativement prendre en compte la nécessité de renforcer la traçabilité des prescriptions, qu'elles soient exécutées en ville ou à l'hôpital.

2 - Adapter les recommandations de bonnes pratiques à la pratique hospitalière

L'individualisation du suivi des prescriptions a pour objet d'identifier des comportements individuels atypiques au regard de référentiels validés et partagés par l'ensemble de la communauté médicale. C'est tout l'enjeu des recommandations de bonnes pratiques que de constituer un ensemble homogène adapté à l'exercice de la médecine hospitalière.

Pourtant, la plupart des recommandations de bonnes pratiques est orientée vers une pathologie dans une spécialité médicale donnée. Cette situation a pour effet une relative inadaptation à la médecine hospitalière, très souvent pluridisciplinaire. Les établissements sont dès lors contraints de pallier ce défaut par la réécriture de recommandations de bonnes pratiques sous la forme de protocoles internes. Cette tâche, bien que pédagogique pour les équipes, est consommatrice en temps médical et soignant.

De plus, les recommandations de bonnes pratiques doivent être facilement accessibles aux praticiens, au moment même de l'acte de prescription, dans un format adapté et récent, ce qui n'est aujourd'hui que très partiellement le cas. Afin de mieux répondre à cette exigence, la Haute Autorité de santé œuvre à l'adaptation de son offre documentaire.

---

[335] Selon les données de la Haute Autorité de santé.

[336] Voir le chapitre VIII du présent rapport : la modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficience du système de soins à renforcer.

Si la mise d'outils à la disposition des praticiens peut permettre d'améliorer la qualité de la prescription, plusieurs expériences ont montré que cela reste insuffisant. En effet, la dynamique de juste prescription semble d'autant mieux s'opérer au sein d'un établissement qu'elle est partagée par l'ensemble de l'institution.

L'exemple de l'hôpital Saint-Joseph et Saint-Luc à Lyon

L'hôpital Saint-Joseph et Saint-Luc à Lyon (établissement de santé privé d'intérêt collectif) a engagé en 2014, dans le cadre de son contrat de retour à l'équilibre financier, une politique de juste prescription en matière de biologie médicale. Cette démarche s'est appuyée au départ sur des travaux de thèse[337] ayant permis d'identifier les prescriptions non conformes aux recommandations de bonnes pratiques et donnant lieu à des atypies ou à des incohérences de prescription. Elle s'étend aussi à l'identification de prescriptions inadéquates, associant plusieurs dosages de façon incohérente dans la même prescription. Les travaux ainsi menés ont permis de confirmer la proportion élevée d'examens de biologie non justifiés par l'état clinique du patient. En particulier, la recherche de certains paramètres biochimiques n'est pas toujours justifiée. Ainsi, en matière de bilan de coagulation, les prescriptions n'étaient justifiées que dans moins de la moitié des cas.

Compte tenu de ces résultats, l'établissement a mené un plan d'actions en collaboration avec les cliniciens, le laboratoire de biologie et le service informatique (formation des soignants, diffusion d'algorithmes de décision à destination des internes, optimisation de l'outil informatique et renforcement du lien clinicien-biologiste-gestionnaire). En outre, une commission pluridisciplinaire de la juste prescription a été mise en place au sein de l'établissement. Entre 2014 et 2015, le laboratoire de l'hôpital a pu absorber, à ressources identiques, une croissance de son activité de 8 % et une augmentation des prix de 2 % par an (du fait notamment de l'évolution des coûts en réactifs).

[337] Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en pharmacie, mémoire du DES de biologie médicale, S. Zaepfel, février 2015.

3 - Intégrer la maîtrise des prescriptions dans le fonctionnement courant de l'hôpital

Certains hôpitaux ont intégré à leur politique d'établissement l'objectif d'aider les praticiens à « prescrire juste ». Ces expériences montrent qu'il constitue pour l'ensemble des acteurs hospitaliers le creuset d'une dynamique interne favorable.

La réflexion relative à la juste prescription s'est ainsi structurée pour la première fois en 2005 à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), en lien direct avec la réforme de la T2A et la création des CBUMPP. L'établissement a alors mis en place un comité de juste prescription, ainsi qu'un portail internet visant à diffuser des référentiels[338] établis au sein de l'institution.

Deux exemples des démarches engagées par l'AP-HP pour favoriser la juste prescription

Une équipe d'urgentistes[339] a montré que la mise en place de procédures visant à améliorer la pertinence des demandes d'examens biologiques aide à diminuer à la fois les coûts liés à des examens inutiles et le temps de passage aux urgences. Les baisses en volume constatées sur une période de 11 mois sont significatives : -33 % pour le dosage de la troponine, -47 % pour le dosage de la myoglobine ou -53 % pour le dosage des D-Dimères. Par ailleurs, le temps de passage aux urgences a été réduit.

[338] Les sources d'informations prises en compte pour l'élaboration des documents disponibles sur le site sont principalement les autorisations de mise sur le marché et leurs résumés des caractéristiques du produit, les avis des commissions de la transparence, les recommandations et les alertes sanitaires de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de *l'European agency for the evaluation of medicinal products* (EMA), les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), les conférences de consensus, les recommandations des sociétés savantes, les informations figurant sur le site ORPHANET notamment pour les réseaux de prise en charge des maladies rares, les bases de données bibliographiques, principalement MEDLINE et les référentiels de bon usage nationaux (RBU) et leurs mises à jour.

[339] C. Zanker, A. Bezeaud, M.-C. Guimont, M.-H. Denninger, N. Breaud, S. Beaune, L. Lavagna, P. Juvin. Évaluer la juste prescription des examens biologiques dans un service d'urgence. (2007). Journal Européen des Urgences Vol. 20, pp. 14-15.

Une équipe spécialisée en hématologie[340] a montré pour sa part qu'une organisation pluridisciplinaire, reposant sur une ordonnance validée en concertation entre le clinicien, l'hématobiologiste et le pharmacien, permettait de réduire de 52 % la consommation de danaparoïde sodique.

D'autres établissements ont développé des approches similaires, comme le centre hospitalier d'Annecy-Genevois ou celui de Vichy. Des groupes de travail spécifiques à la question de la juste prescription se sont constitués. Les analyses biologiques onéreuses y ont ainsi donné lieu, entre autres exemples, à de premiers travaux visant à améliorer la pertinence des prescriptions.

Les démarches réussies en matière de juste prescription se sont toutes appuyées sur un groupe de travail interne, spécialement consacré à cette question. La loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, patients, santé et territoires » a confié à la commission médicale d'établissement (CME) et au directeur la responsabilité d'organiser l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. C'est dans ce cadre que la constitution au sein des établissements de santé d'un groupe de travail en charge de la juste prescription devrait être systématiquement prévue.

Au-delà des travaux internes sur la juste prescription, des évolutions des modalités de financement de certaines dépenses peuvent être nécessaires à une implication effective des établissements dans la maîtrise des dépenses.

La nécessaire implication des établissements hospitaliers dans la régulation des dépenses de transports sanitaires

Les établissements sanitaires constituent l'essentiel des points de départ ou de destination des trajets et concentrent une part prépondérante des prescriptions de transports sanitaires.

Les CAQOS constituent le principal levier de la régulation de ces dépenses par l'assurance maladie. Cependant, devant leurs faiblesses (voir *supra*), la CNAMTS a souhaité accompagner ces contrats d'actions de sensibilisation renforcées auprès des prescripteurs, de projets de simplification ainsi que de modifications des processus de prescription, de commande des transports et de régulation en direction des patients.

[340] E. Verdy, I. Debrix, A. Benomar, A. Becker, A. Flahault. Impact d'une organisation pluridisciplinaire pour la « juste prescription » du danaparoïde sodique en cas de suspicion de thrombopénie immuno-allergique à l'héparine, La Presse Médicale, Vol. 36, pp. 786-793, 2007.

Les établissements sanitaires prennent en charge sur leurs budgets uniquement leurs transports internes, les transports de patients à l'extérieur des établissements étant à la charge de l'assurance maladie. Comme l'a recommandé la Cour[341], il conviendrait de transférer sur leur budget la dépense de transports qu'ils initient afin de mettre sous contrainte d'enveloppe la prescription, l'organisation et la gestion de cette dépense en termes de commande publique.

À cet égard, les expérimentations de plateformes de transport intégrées au sein des établissements avec le soutien de l'assurance maladie ont fait apparaître une meilleure adéquation entre la demande de transport par l'établissement et la prise en charge des patients.

Dans la dynamique des groupements hospitaliers de territoire et la constitution de parcours de soins inter-établissements, les dépenses de transports sanitaires vont continuer à croître. Le développement de l'activité ambulatoire concourra également à cette croissance. Dès lors, comme l'a recommandé la Cour[342], un système d'enveloppe financière permettrait de rendre plus efficientes, dans l'intérêt des patients, les prescriptions de transports sanitaires.

B - Mettre en place un suivi individualisé des prescripteurs hospitaliers

À l'hôpital, encore aujourd'hui, l'auteur d'une prescription hospitalière reste souvent anonyme. Cette situation n'est pas de nature à responsabiliser les praticiens, ni à faciliter leurs échanges mutuels ou avec d'autres professionnels de santé.

1 - Individualiser le suivi des prescripteurs

Si l'identification individuelle des prescripteurs est généralisée en ville, elle reste très lacunaire à l'hôpital (voir *supra*). Pourtant, comme indiqué, sous réserve d'une informatisation à poursuivre dans les

[341] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XI : les transports de patients à la charge de l'assurance maladie, p. 309-338, septembre 2012, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.
[342] *Idem*.

établissements, aucun obstacle technique n'est de nature à empêcher le suivi individuel des prescriptions à l'hôpital.

Cette identification permettrait d'accroitre le niveau de connaissance par les établissements, les ARS et les caisses d'assurance maladie des atypies de prescriptions et des écarts par rapport aux recommandations de bonnes pratiques de façon beaucoup plus précise. Le caractère collectif des actuels contrôles au titre de la T2A, qui s'avèrent responsabilisants pour les seuls établissements, sans engager réellement les prescripteurs, pourrait ainsi être atténué par une approche plus fine. Les engagements contractualisés entre les établissements et leurs autorités de tutelle pourraient être mieux ciblés et les actions entreprises suivies le cas échéant à l'échelon individuel.

Cependant, la réussite de l'individualisation du suivi gagnerait à s'inscrire au premier chef d'abord dans le cadre du contrôle de gestion interne des établissements, par le biais de leurs départements de l'information médicale et des CME. Ces dernières devraient plus complètement assurer leur responsabilité devant des comportements individuels atypiques et engager un dialogue entre le prescripteur concerné et ses pairs, de manière à l'aider à modifier durablement sa pratique. La mise en place systématique d'un comité de juste prescription comme instance collégiale, émanation de la CME, permettrait en ce sens de formaliser et de diffuser les procédures internes nécessaires à une pertinence accrue des prescriptions.

2 - Favoriser la substitution d'actes plus pertinents

Depuis 1999, le législateur a autorisé de façon très progressive et différenciée les radiologues et biologistes à substituer d'autres actes à tout ou partie du contenu d'une prescription médicale réalisée par un clinicien. Cette capacité de substitution, peu mise en œuvre, constitue elle aussi un moyen d'accroître l'implication des professionnels médicaux par une pluridisciplinarité accrue.

En effet, en matière d'imagerie, le radiologue dispose d'une réelle compétence pour pouvoir contrôler l'opportunité et la nature de l'examen, prendre en compte la pathologie du patient, les ressources techniques dont il dispose et la balance des risques et des bénéfices à en attendre. Les prescriptions d'imagerie, rédigées dans la plupart des cas par unités fonctionnelles, ne lui permettent cependant pas d'identifier rapidement le clinicien prescripteur et ainsi de rediscuter des indications d'un acte d'imagerie.

En matière de biologie médicale, l'évolution scientifique rapide de l'ensemble des domaines de cette discipline ne permet pas au seul clinicien d'avoir une maîtrise satisfaisante de l'ensemble des choix possibles au regard de l'objectif recherché[343]. Aussi le biologiste médical a-t-il la possibilité, lorsqu'il l'estime approprié, de réaliser des examens autres que ceux figurant sur la prescription, ou de ne pas réaliser tous les examens qui y figurent[344]. Les modifications sont proposées au prescripteur. Si ce dernier les refuse, les examens sont réalisés conformément à la prescription. Une connaissance précise du prescripteur est ainsi indispensable.

C - Utiliser plus efficacement le levier contractuel

La politique nationale de régulation des prescriptions hospitalières a montré de nombreuses limites. Les prescriptions hospitalières ne sont pas suffisamment maîtrisées et le dispositif de régulation manque de lisibilité pour les prescripteurs. Les nouveaux contrats visent à apporter une approche plus cohérente en intégrant la notion de pertinence. Cependant, les enseignements des précédents dispositifs montrent que l'atteinte effective des objectifs attendus passe par des pénalisations dissuasives et systématiques de nature à favoriser une mobilisation effective des communautés hospitalières.

[343] Constat dressé dans le rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale modifiant l'article L. 6211-8 du code de la santé publique.
[344] Ordonnance précitée.

1 - Engager non seulement l'établissement, mais aussi sa communauté médicale

Les nouveaux contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) visent à rendre plus lisible la politique de maîtrise des prescriptions hospitalières. Cependant, ils ne comportent pas d'engagement formel de la communauté médicale.

La commission médicale d'établissement, du fait même de ses missions, pourrait constituer un lieu privilégié de discussion, de diffusion et de suivi des engagements contractuels formalisés par les établissements. De fait, l'implication *ab initio* du corps médical est une condition indispensable à une maîtrise accrue des prescriptions hospitalières. L'engagement formel des présidents de CME devrait ainsi être rendu systématique, en les rendant cosignataires avec les directeurs des nouveaux contrats.

Par ailleurs, les mutualisations en cours entre établissements publics de santé, en application de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, devraient inciter à placer cette contractualisation à un niveau inter-établissements chaque fois que cela est pertinent. Ainsi, dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT), les projets médicaux de territoire devraient constituer le support d'une politique médicale de juste prescription, qui viendrait décliner les actions de maîtrise des prescriptions contractualisées avec les autorités de tutelle. La mutualisation prévue des départements de l'information médicale dans le cadre des GHT devrait faciliter la mise en œuvre d'une telle approche.

2 - Élargir et rendre plus contraignants les mécanismes de régulation

Le périmètre de la politique de maîtrise des prescriptions hospitalières devrait être étendu aux prescriptions réalisées à l'hôpital, qui représentent une part majoritaire des dépenses d'assurance maladie liées à des prescriptions hospitalières.

Ces dépenses seront en effet conduites, au cours des années à venir, à encore progresser, en particulier sous le double mouvement de sorties importantes de médicaments de la « liste en sus », cause d'aggravation des charges directes des hôpitaux, et d'intégration à cette même liste de nouveaux médicaments très coûteux, facteur d'alourdissement de celles de l'assurance maladie. La situation actuelle, consistant à faire porter les contrats quasi-exclusivement sur les seules dépenses exécutées en ville à la charge directe de l'assurance maladie, apparaît inadaptée à ces enjeux.

En tout état de cause, l'absence de respect de ses engagements par un établissement devrait être sanctionnée systématiquement sous la forme d'une minoration tarifaire. Eu égard au poids grandissant des prescriptions hospitalières dans l'ONDAM hospitalier, le coefficient prudentiel[345] prévu à l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale, qui a aujourd'hui un caractère homogène pour l'ensemble des établissements, pourrait être différencié à cet effet. Les tarifs seraient alors modulés en fonction des données relatives aux dépenses liées aux prescriptions hospitalières réalisées à l'hôpital et en ville.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le mécanisme de régulation des prescriptions hospitalières est aujourd'hui en cours de redéfinition. Jusque-là constitué d'un nombre croissant de contrats obéissant à des logiques hétérogènes, il est appelé à s'unifier dans le cadre d'un seul dispositif contractuel venant remplacer la plupart de ceux en vigueur.

Cette nouvelle approche vise à donner plus de lisibilité et d'efficacité à l'action publique. Cependant, en l'état, elle ne remédie que partiellement aux faiblesses des contrats existants. En particulier, il n'est pas prévu que le nouveau contrat comporte des modalités à même d'impliquer activement et directement dans sa mise en œuvre les prescripteurs eux-mêmes. Par ailleurs, il devrait viser principalement les prescriptions hospitalières exécutées en ville et omettre une partie de celles réalisées à l'hôpital.

Or, les dépenses relatives aux prescriptions hospitalières réalisées à l'hôpital représentent une part prépondérante des dépenses d'assurance maladie liées à des prescriptions hospitalières (14,1 Md€ sur 24,7 Md€ en 2014).

L'engagement contractualisé de la communauté médicale de *favoriser une juste prescription apparaît comme une condition* sine qua non *pour la mise en œuvre d'une maîtrise des prescriptions par la qualité et la sécurité des soins. L'élaboration et la diffusion de référentiels de bonnes pratiques adaptés à l'exercice hospitalier constituent à cet égard une nécessité.*

[345] Le coefficient prudentiel vise à garantir le respect de l'ONDAM voté par le Parlement, par un mécanisme de mise en réserve qui complète le gel prudentiel de certaines dotations (MIGAC, FIR). Mis en place en 2013 pour le secteur « médecine, chirurgie, obstétrique », le montant en réserve équivaut à l'application d'un effet minorant de -0,5 % sur l'ensemble des tarifs (chiffre 2016).

Cette action n'aura cependant son plein effet que si elle est accompagnée d'un suivi individuel des prescripteurs et d'une analyse de leurs comportements de prescription. Il est profondément anormal à cet égard de constater que l'utilisation effective du numéro d'inscription au RPPS reste l'exception, alors que tous les médecins hospitaliers y sont identifiés depuis plusieurs années et que cette utilisation revêt un caractère obligatoire.

Si la mobilisation à réussir est ainsi impérativement celle du corps médical, à la fois collectivement et individuellement, bien plus que celle des équipes administratives des établissements comme cela a été jusqu'à maintenant essentiellement le cas, elle n'aura d'impact dans la durée que si un mécanisme effectif et automatique de pénalisation tarifaire de l'établissement vient sanctionner l'absence d'atteinte des objectifs fixés.

La Cour rappelle les recommandations sectorielles relatives à la pertinence des prescriptions d'actes de biologie médicale et d'imagerie médicale qu'elle a émises dans le cadre de précédentes communications[346] *:*

- au sein des établissements hospitaliers, définir un objectif de réduction de 10 à 15 % du volume d'actes de biologie médicale à champ constant, dans le cadre de la mise en œuvre de la prescription informatiquement connectée entre professionnels et d'actions de maîtrise de la prescription ;

- mettre en œuvre, sur la base de référentiels et d'études médico-économiques élaborés par la Haute Autorité de santé, des actions de gestion du risque coordonnées entre le ministère chargé de la santé, les ARS et les caisses d'assurance maladie portant sur l'ensemble des techniques d'imagerie médicale.

[346] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XIII : Les dépenses de biologie médicale, p. 365-392, septembre 2013, La Documentation française, et *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*, L'imagerie médicale, avril 2016, disponibles sur www.ccomptes.fr.

Elle formule en outre les recommandations suivantes :

27. *améliorer le suivi annuel des dépenses d'imagerie et de biologie dans les établissements de santé par la mise en place d'une enquête spécifique pilotée par l'ATIH ;*

28. *conditionner à l'identification individuelle des prescripteurs l'exécution des prescriptions émises en établissement et effectuées en ville comme réalisées à l'hôpital ;*

29. *élaborer et diffuser des référentiels de bonnes pratiques adaptés à l'exercice hospitalier ;*

30. *inclure dans les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins l'ensemble des prescriptions médicales, exécutées en ville comme réalisées à l'hôpital et en rendre co-signataire avec le directeur de l'établissement, le président de la commission médicale d'établissement ;*

31. *mettre en œuvre un dispositif de minoration tarifaire se déclenchant automatiquement en cas de non-respect des objectifs contractuels de maîtrise des prescriptions.*

Chapitre VIII

La modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficience du système de soins à renforcer

PRÉSENTATION

L'informatique à l'hôpital porte des ambitions croissantes. Pour le patient, elle concourt à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des prises en charge. Pour les médecins, elle est un outil indispensable notamment à la mise en place de parcours de soins coordonnés, en assurant la circulation des informations sur le patient entre l'hôpital et la médecine de ville. Plus globalement pour la communauté hospitalière et les pouvoirs publics, elle contribue à la production de soins, à l'organisation des moyens, à la gestion des prestations, à l'administration et au pilotage des établissements.

Les hôpitaux publics et privés à but non lucratif[347] lui consacrent 1,2 Md€ par an, soit 1,7 % de leurs charges de fonctionnement, et affectent aux fonctions informatiques plus de 5 000 emplois exprimés en équivalent temps plein, soit 419 M€ de dépenses[348]. Cet effort conséquent fait du marché français de l'informatique hospitalière, caractérisé par le grand nombre d'établissements à équiper, le premier d'Europe, devant l'Allemagne et le Royaume-Uni. Sa croissance (+4,1 % par an)[349] est, en outre, entretenue par des plans nationaux successifs, qui ont bénéficié de financements spécifiques à hauteur de 462 M€ au total entre 2008 et 2015.

Lancé pour élever le niveau de service rendu par les systèmes d'information hospitaliers le programme « Hôpital numérique » a donné lieu, à mi-parcours, à une enquête réalisée en 2015 par la Cour et 14 chambres régionales des comptes[350]. Avec 41 établissements et deux groupements de coopération contrôlés[351], cette enquête couvre l'ensemble des régions et catégories d'établissements de santé.

---

[347] Les données disponibles au plan national ne permettent pas d'identifier l'effort financier consacré à l'informatisation des cliniques privées à but lucratif. Ces établissements n'ont pas été intégrés au champ de l'enquête, la Cour n'étant compétente pour les contrôler que depuis la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

[348] Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Atlas 2015 des SIH, données 2013.

[349] Rythme moyen de 2009 à 2019, sur données constatées jusqu'en 2012 et prévisions 2013-2019. Frost & Sullivan, « *Analysis of the hospital information systems (HIS), Market in Europe, predictions in HIS through 2019* », août 2013.

[350] Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine, Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, Auvergne-Rhône-Alpes, Normandie, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val-de-Loire, Corse, Île-de-France, Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais-Picardie, Pays-de-la-Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Guadeloupe-Guyane-Martinique.

[351] Dont l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, les Hospices civils de Lyon, quatre centres hospitaliers universitaires (CHU), un centre hospitalier régional, un établissement public de santé mental, 18 centres hospitaliers (CH) dont les ressources sont supérieures à 70 M€, 14 CH pour lesquels elles sont comprises entre 20 et 70 M€, un centre de lutte contre le cancer (CLCC), le groupement d'intérêt public d'informatique hospitalière 59-62 (Lille) et le groupement d'intérêt économique HOPSIS (Lyon).

De l'enquête ainsi conduite ressortent tout d'abord des avancées inégales dans le déploiement de l'informatique hospitalière au regard des objectifs fixés (I). Si la définition et la structuration de la politique nationale de soutien ont enregistré des progrès réels, les résultats obtenus sont encore limités (II). La prochaine étape de numérisation du système hospitalier doit viser à coupler des objectifs accrus de gains d'efficience à une démarche d'ouverture et de partage des données avec la médecine de ville autour des parcours de soins des patients (III).

I - Des avancées inégales dans le déploiement des systèmes d'information hospitaliers

Le développement des systèmes d'information hospitaliers (SIH) est confronté à la diversité et à la complexité des activités hospitalières et à la pluralité des catégories de professionnels et des pratiques, qui poussent à la multiplication d'applications informatiques distinctes. Ces systèmes d'information doivent en effet répondre tout à la fois aux besoins du médecin pour soigner, du directeur d'établissement pour répartir les ressources et s'assurer de leur bon emploi au regard des règles budgétaires et comptables, et des organismes d'assurance-maladie ou de l'agence régionale de santé (ARS) pour régler les dépenses et veiller à la qualité et à la sécurité des soins.

Loin de s'atténuer, la complexité des processus d'informatisation des hôpitaux a plutôt tendance à s'accroître, en raison tant du renforcement des règles de sécurité et de confidentialité, qui entrent parfois en conflit avec les attentes de rapidité et de simplicité des utilisateurs, que des projets nationaux structurants qui s'imposent aux établissements.

Dans de nombreux établissements, les systèmes d'information hospitaliers comptent entre 80 et 300 applications informatiques propres à des processus (gestion des achats, dématérialisation des factures, prescriptions pharmaceutiques, résultats d'examens de biologie) ou à des fonctions (gestion économique et financière, gestion des ressources humaines, gestion administrative des patients, demande de transport interne…). Leur nombre atteint 518 aux Hospices civils de Lyon (HCL) et un millier à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), ces établissements regroupant de nombreux sites hospitaliers distincts (14 pour les HCL et 40 pour l'AP-HP).

La multiplicité des domaines dans lesquels les informations gérées selon des procédés automatisés sont appelées à être utilisées concourt à expliquer le bilan décevant des systèmes d'information hospitaliers dressé par les juridictions financières à la fin des années 2000.

Les constats antérieurs des juridictions financières

Dans une précédente enquête consacrée en 2007 aux systèmes d'information hospitaliers[352], les juridictions financières avaient observé une informatique médicale encore embryonnaire et une informatique administrative apparemment plus développée, mais encore peu apte à devenir un véritable outil de gestion et de management des hôpitaux. Elles avaient appelé à un pilotage stratégique fort du ministère des affaires sociales et de la santé, à une réduction du nombre d'opérateurs des systèmes d'information et au développement de l'interopérabilité entre applications informatiques.

Par ailleurs, la Cour avait constaté un défaut d'interopérabilité des applications informatiques utilisées par les établissements hospitaliers, voire l'absence de communication entre elles[353].

D'autres enquêtes des juridictions financières ont rendu compte des avatars du dossier médical personnel du patient (DMP), notamment dans le secteur hospitalier[354] ou encore analysé l'échec du dossier patient informatisé à l'Assistance publique–Hôpitaux de Marseille (AP-HM) pour un coût global de 14 M€, largement en pure perte[355]. Sur ce dossier, l'IGAS constatait deux ans après l'enquête encore peu d'évolutions[356].

[352] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008*, chapitre IX : les systèmes d'information dans les établissements publics de santé, p. 305-331, La Documentation française, septembre 2008, disponible sur www.ccomptes.fr.
[353] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2007*, chapitre X : le partage des données entre les systèmes d'information de santé, p. 307-328, La Documentation française, septembre 2007, disponible sur www.ccomptes.fr.
[354] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008*, chapitre VII : l'accès en ligne aux dossiers médicaux, p. 223-262, La Documentation française, septembre 2008 et *Communication à la commission des finances de l'assemblée nationale* sur le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place, juillet 2012, disponibles sur www.ccomptes.fr.
[355] Cour des Comptes, *Rapport public annuel 2012*, l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM), l'échec de son projet d'informatisation du dossier patient », p. 899 et suivantes, La Documentation française, février 2012, disponible sur www.ccomptes.fr.
[356] IGAS, *Rapport n° 2013-065 R « contrôle de l'AP-HM »*, janvier 2014.

Selon les constats des juridictions financières, les progrès des systèmes d'information hospitaliers restent encore partiels en matière d'informatique de gestion, tandis que l'informatique médicale est désormais en voie de généralisation. Le déploiement de l'une et de l'autre se heurte à des difficultés persistantes.

A - Une informatique de gestion encore inaboutie

Les principales fonctions administratives et la plupart des secteurs logistiques sont informatisés de longue date. Néanmoins, des fonctions de base (plannings, temps de travail) demeurent parfois gérées en dehors de logiciels informatiques. En outre, les outils de comptabilité analytique sont loin d'être complètement déployés, tandis que ceux d'aide à la décision sont généralement insuffisants, voire parfois défaillants.

Ainsi, tous les établissements ne disposent pas encore de comptes de résultat analytiques, ni de tableaux « coût case mix »[357], pourtant obligatoires en application du code de la santé publique. À cet égard, le programme « Hôpital numérique » fixe des exigences insuffisantes en matière de pilotage médico-économique.

Par ailleurs, les établissements hospitaliers doivent satisfaire, pour les plus importants d'entre eux, aux obligations de certification de leurs comptes par un commissaire aux comptes[358] et procéder à la mise en place par étapes d'une facturation directe de leurs activités à l'assurance maladie (projet FIDES[359]). Si ces évolutions les contraignent à réaffecter des ressources à l'informatique administrative, elles concourent à fiabiliser et à assurer la traçabilité des données informatisées[360] et à orienter l'informatique de gestion vers l'aide à la décision et le pilotage médico-économique.

[357] Ce tableau a pour objet de permettre à un établissement de comparer ses dépenses directes et indirectes au titre de ses activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique à celles d'un établissement théorique ayant un éventail d'activités (« case-mix ») identique. Les références de dépenses prises en compte à ce titre sont issues de l'étude nationale de coûts.

[358] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre XIV : la qualité des comptes des établissements publics de santé : une exigence à confirmer pleinement, septembre 2015, p. 493-526, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

[359] Projet initié en 2004 de facturation de chaque acte hospitalier à l'assurance-maladie, pour les consultations externes (en 2016), puis pour les séjours hospitaliers (en 2018).

[360] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre XIV : la qualité des comptes des établissements publics de santé : une exigence à confirmer pleinement, p. 515-518, La Documentation française, septembre2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

B - La priorité donnée à l'informatique médicale

Émergente au milieu des années 2000, l'informatisation des processus de soins a concentré les efforts des hôpitaux, soutenue par une communauté médicale de plus en plus ouverte au numérique.

1 - Une dimension stratégique désormais reconnue

Sous l'effet du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)[361] et de la généralisation de la tarification à l'activité, qui fait dépendre les ressources des établissements de leur activité, les communautés hospitalières ont pris conscience du caractère stratégique des systèmes d'information. Cette conviction les a incitées à mieux s'organiser, notamment pour développer l'informatique médicale.

Les 41 établissements de l'enquête se sont dotés d'une stratégie informatique. Ils disposent ainsi, pour la plupart, d'un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) et d'un comité stratégique chargé de superviser sa mise en œuvre. Les objectifs informatiques figurent désormais parmi les engagements contractés par la majeure partie d'entre eux avec les ARS. Ils sont principalement orientés vers le développement de l'informatique médicale.

Cependant, ce pilotage stratégique associe encore insuffisamment les utilisateurs et prête peu attention aux résultats, sauf dans un nombre réduit d'hôpitaux (HCL, CH de Morlaix). Ainsi à l'AP-HP, le SDSI 2004-2010 n'a pas été actualisé et demeure disjoint de la planification stratégique pour 2010-2015. Récemment, une attention plus grande a cependant été portée à la synchronisation du SDSI et du plan stratégique.

Pour médicaliser l'informatique hospitalière, les établissements se sont attachés à corriger les lacunes précédemment soulignées par les juridictions financières. Les équipes informatiques ont été renforcées, notamment en recrutant des ingénieurs, en formant les personnels, voire en intégrant en leur sein des personnels médicaux et soignants. Elles sont progressivement orientées vers le pilotage des projets, plutôt que vers leur réalisation technique, le déploiement des projets étant cependant le plus souvent assuré en interne, sans assistance à maîtrise d'ouvrage. L'appel à des prestataires externes s'accroît pour les compétences spécialisées et le recours à des applications de marché se systématise.

[361] Qui a pour objet la collecte des données relatives à l'activité médicale.

Alors que certains établissements peinent à recruter des profils d'ingénieurs très spécialisés (AP-HP, CHU de Saint-Etienne, Groupe hospitalier public du Sud de l'Oise), ce qui les conduit parfois à accorder des rémunérations supérieures aux dispositions statutaires (CHU de Nîmes), d'autres compétences, comme celles de développeur, encore présentes dans quelques hôpitaux, ne sont plus recherchées. Parfois, les moyens sont mutualisés pour conduire les projets (CH de Vitré).

Au regard de ces évolutions, la gestion des carrières et des compétences des équipes informatiques hospitalières manque de dynamisme. En effet, les actions engagées dans ce domaine au plan national sont encore cantonnées à la définition du cadre de gestion des emplois et des compétences, sans véritable portée opérationnelle pour les établissements[362]. Le ressort de l'établissement n'est pas non plus toujours suffisant pour mutualiser les compétences dans le domaine informatique.

2 - Une orientation des financements vers l'informatique médicale

L'effort financier consacré à l'informatique (environ 1,2 Md€ en 2013) est globalement stable depuis le début des années 2010. Les développements informatiques sont financés, pour l'essentiel, par les recettes courantes des établissements (constituées pour près de 80 % par les produits versés par l'assurance maladie[363] dans leur budget principal) et, de façon minoritaire, par des concours spécifiques accordés par les ARS dans le cadre de dotations financées par l'assurance maladie[364]. Ces concours ont atteint 462 M€ au total entre 2008 et 2015, soit près de 58 M€ en moyenne annuelle.

La part consacrée à l'informatique médicale (production de soins, fonctions médico-techniques, agenda du patient) s'est sensiblement accrue d'un plan à l'autre. Ainsi, sur 429 opérations informatiques financées par le plan « Hôpital 2012 », 373 concernaient l'informatique médicale contre 391 sur un total de 515 pour le plan « Hôpital 2007 ».

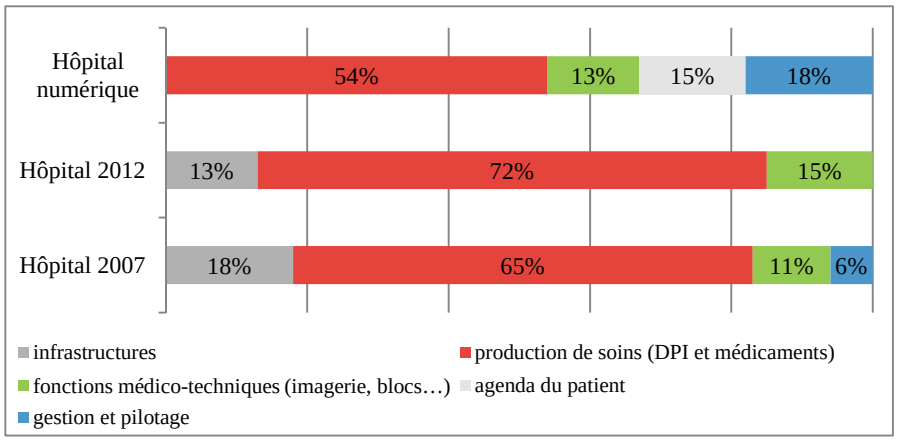
[362] La DGOS a ainsi actualisé en 2014 le répertoire national des métiers de la fonction publique hospitalière, à partir d'un référentiel des compétences en système d'information réalisé par l'ANAP.

[363] Selon les Comptes de la santé en 2014 (édition 2015), ces produits s'élèvent à 51,1 Md€ sur un budget principal cumulé de 66 Md€, soit 77,4 %.

[364] Dans le cadre des aides à la contractualisation et, de manière minoritaire, de la dotation du fonds pour la modernisation des établissements de santé public et privés, auquel a succédé le fonds d'intervention régional (FIR).

Graphique n° 24 : opérations financées par les plans nationaux

En %



Source : Cour des comptes à partir de données ANAP et DGOS.

Lancé en 2011 à la suite de l'abandon de la deuxième tranche du plan « Hôpital 2012 », le programme « Hôpital numérique » a confirmé cette orientation, en retenant quatre processus de soins parmi ses cinq priorités[365]. Il met plus particulièrement l'accent sur la communication entre les applications métiers (dossier patient, circuit du médicament et résultats d'examens) afin de rendre accessibles aux professionnels les informations nécessaires aux prises en charge. Sur 776 projets sélectionnés par les ARS à la mi-2015, 82 % concernaient les processus de soins, poursuivant l'effort de diffusion de l'informatique médicale au sein des établissements.

3 - Une informatisation des processus de soins largement engagée

La médicalisation des systèmes d'information hospitaliers a très nettement progressé. Dans la plupart des établissements entrant dans le champ de l'enquête, l'informatisation la plus aboutie concerne le recueil de l'activité médicale, renseignée directement par les médecins ou sous leur autorité. Au niveau national, ce recueil contribue à une meilleure allocation des ressources entre les établissements. Déversé dans le système national

[365] Résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie, dossier patient informatisé et interopérable, prescription électronique alimentant le plan de soins et agenda du patient. S'y ajoute le pilotage médico-économique.

d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM)[366], il permet aussi le rapprochement depuis 2010 pour un même patient des données relatives aux soins de ville issues du retraitement des feuilles de soins transmises par les différents régimes avec les informations sur les séjours hospitaliers issues du PMSI.

Engagée depuis plusieurs années, l'informatisation des activités médicotechniques se généralise grâce à des serveurs de résultats d'analyses et au développement rapide dans les services d'imagerie des systèmes d'archivage et de transfert des données (PACS)[367], parfois mutualisés entre établissements. Ainsi, le CHRU de Lille qui dispose d'un plateau technique d'imagerie complet s'appuie sur un système de PACS sécurisé permettant un accès permanent aux images depuis chaque poste de travail[368]. Ces dispositifs réduisent les délais de mise à disposition des résultats d'examens, ce qui améliore la qualité des soins et évite des examens redondants coûteux et parfois pénibles.

La plupart des établissements ont informatisé le circuit de la dispensation des médicaments afin de mieux individualiser les prescriptions des médecins hospitaliers[369] et de sécuriser leur délivrance, avec cependant des disparités encore très fortes dans les fonctionnalités couvertes. Dans certains établissements, l'informatisation va de la prescription à l'administration et couvre aussi les chimiothérapies, les dispositifs médicaux implantables et les stupéfiants (HCL, CH de Saverne). Dans d'autres (CH de Lisieux et Côte de Lumière aux Sables d'Olonne), en revanche, l'informatisation de la prescription pharmaceutique n'est toujours pas déployée, ce qui a conduit la Haute Autorité de santé (HAS) à émettre des réserves ou des recommandations à l'occasion de leur certification. À l'AP-HP, l'informatisation de la prescription demeure incomplète. Au CH de Cannes, les services de chirurgie, obstétrique, pédiatrie et réanimation ne sont toujours pas en prescription informatisée et le déploiement du système était suspendu lors

[366] Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale*, Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie : une utilisation à développer, une sécurité à renforcer, mars 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

[367] Acronyme de « *Picture Archiving and Communication System* », système de gestion des images médicales grâce à des fonctions d'archivage et d'échange.

[368] Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*, L'imagerie médicale, mai 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

[369] Voir le chapitre VII du présent rapport : la maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical.

de l'enquête en raison des tensions entre le service informatique et la communauté médicale. Le CHU de Rouen a dû, pour sa part, revenir sur un champ partiel et de manière transitoire, au circuit papier à la suite d'un incident survenu lors du déploiement de la prescription informatisée.

Rares sont les établissements entrant dans le champ de l'enquête (CH d'Ajaccio) qui n'ont pas encore commencé à déployer le dossier patient informatisé (DPI). Plusieurs établissements ont effectué ce déploiement en intégrant les principales fonctions (CH de Cahors, Vitré, Saverne et Laval, CHU de Saint-Etienne), d'autres devraient y parvenir en 2016 (CH de Lisieux, de Boulogne et Côte de Lumière aux Sables d'Olonne). Certains établissements, après une première informatisation réussie, en sont au stade du renouvellement (HCL, CHU de Rouen).

Selon les données nationales, l'informatisation du dossier du patient est achevée pour 55 % des établissements et est en cours pour 37 %. Le contenu des DPI déployés est néanmoins variable, avec des fonctions qui ne sont pas encore toutes informatisées, bien que directement liées à l'exercice médical (comptes rendus, prescriptions, résultats d'examens, images médicales, dossier de soins ou rendez-vous). L'intégration de ces fonctions au DPI constitue l'un des objectifs du programme « Hôpital numérique » pour lequel des progrès importants restent à réaliser. Elle doit permettre aux équipes de disposer de façon rapide de l'ensemble des informations concernant un patient, facilitant leur exercice et améliorant la qualité des prises en charge.

Certaines spécialités telles que l'anesthésie et la réanimation sont cependant encore peu informatisées. Rares sont les établissements qui ont totalement supprimé le papier au profit de l'informatique (centre Léon Bérard à Lyon).

Quelques établissements (HCL, projet du CH de Valenciennes) mettent en place de nouveaux services informatiques, mobiles, interactifs avec les patients, s'appuyant sur les technologies de l'internet, tels que le rappel par SMS des rendez-vous, mais ces précurseurs masquent les difficultés de la majorité des hôpitaux à suivre les innovations technologiques et à ouvrir leur système d'information aux échanges avec d'autres professionnels de santé, comme mis en lumière dans le déploiement du dossier médical personnel.

Les avatars du dossier médical personnel à l'hôpital

En 2004, le projet initial prévoyait que tous les patients disposent, au plus tard en 2007, d'un dossier contenant les informations nécessaires au suivi et à la coordination des soins. Ces données devaient être accessibles aux 500 000 professionnels de santé.

Dans sa communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale de juillet 2012, la Cour évaluait à près de 0,5 Md€ le coût du DMP depuis sa mise en place, essentiellement à la charge de l'assurance maladie, alors même que les ambitions affichées étaient loin d'être atteintes (158 000 DMP ouverts à la mi-juin 2012).

Deux ans plus tard, en septembre 2014, 554 600 dossiers seulement avaient été créés. Devant cet échec, la ministre de la santé a chargé la CNAMTS de reprendre le projet, désormais dénommé dossier médical partagé et de le recentrer prioritairement sur le suivi des patients atteints de maladies chroniques et des patients âgés. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a consacré cette réorientation.

C - Des difficultés de déploiement

Qu'il s'agisse de l'informatique médicale ou de gestion, la conduite des projets est souvent imparfaitement assurée en raison principalement des faiblesses de leur maîtrise d'ouvrage : absence de réunion des compétences techniques requises, dimensionnement insuffisant des équipes, analyse imparfaite des besoins, compréhension insuffisante des attentes des utilisateurs tout au long du déploiement du projet. Parfois, le manque d'anticipation des risques favorise l'enlisement des projets et le découragement des équipes.

Les décalages de calendrier sont fréquents. Au niveau national, 60 % des opérations soutenues dans le cadre du plan « Hôpital 2012 » étaient achevées deux ans après le terme du plan, 30 % étaient encore en cours et 10 % avaient été déprogrammées. Faute de desserrement de son calendrier, comme l'avait préconisé la Cour, le plan « Hôpital 2012 » a concentré les difficultés liées à des délais de réalisation souvent peu réalistes au regard de la capacité d'accompagnement des équipes en place, ainsi qu'à une sélection insuffisamment rigoureuse des projets.

Dans les établissements entrant dans le champ de l'enquête, la moitié des opérations soutenues au titre du plan « Hôpital 2012 » ont ainsi dépassé les enveloppes financières et les calendriers fixés ; certaines n'ont pas encore abouti à ce jour (CHU de Nîmes, CH de Cannes). Par ailleurs, au CHU de Lille, la généralisation du logiciel de transport des malades poursuivie dans le cadre du projet « Flux patient » a donné lieu à

la passation d'un marché en 2010, mais aucun déploiement au-delà des sites pilotes n'était amorcé fin 2015, compte tenu de réorganisations préalables à ce dernier. Au CHU de Rouen, l'informatisation du DPI était en panne, huit ans après le lancement de la consultation, ce qui laisse en attente d'autres projets.

Des surcoûts ont été relevés dans la moitié des établissements. Ils sont liés à des sous-estimations de dépenses (CH de Cannes), à des pertes de recettes (AP-HP) ou à des frais de contentieux (CHU de Nîmes).

Les prestations sont parfois inférieures aux attentes des utilisateurs, ou se révèlent inadaptées (CHU de Lille, de Rouen), l'évolution des pratiques médicales étant plus rapide que le déploiement des projets informatiques. Ces écarts restent cependant difficiles à apprécier, la plupart des établissements ne mesurant ni le nombre d'utilisateurs, ni les modalités d'utilisation des applications nouvellement déployées, sauf exception (CH de Cahors et de Vierzon).

Parfois, les dérives de délais, de coûts et de qualité se cumulent.

Le déploiement des projets informatiques à l'AP-HP

L'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) a élaboré pour 2004-2010 un ambitieux schéma directeur des systèmes d'information visant à surmonter la fragmentation de son système d'information et l'obsolescence de nombreuses applications qui le composent.

Des applications couvrant, l'une les ressources humaines, l'autre la gestion, qui ont remplacé 245 applications au total, ont été déployées pour un coût total de 89 M€, soit un dépassement de 27 % par rapport au plafond de 70 M€ initialement fixé. L'absence de certaines fonctionnalités liées au recouvrement des recettes dans l'application de gestion a conduit à constater des pertes de créances de 80 M€ au total à fin 2014. Ces dysfonctionnements ont depuis lors été résolus.

La complexité de l'organisation interne de l'AP-HP, une maîtrise d'ouvrage insuffisamment structurée et une sous-estimation des besoins d'accompagnement des utilisateurs favorisent les retards. Ainsi, le déploiement complet de l'application médicale ORBIS a dû être repoussé à 2017, pour une livraison initialement prévue en 2010. Fin juillet 2015, seules 54 % des fonctionnalités étaient achevées. Le module relatif à la prescription de médicaments était opérationnel, mais n'était déployé que sur un seul site, tandis que le dossier médical l'était à plus de 50 % sur huit sites seulement (sur 39). Fin 2015, 35 % de l'enveloppe maximale (soit 95 M€) avait été dépensé.

II - Une politique nationale de soutien aux résultats encore limités

La simplification et la clarification des rôles, recommandées en 2008 par les juridictions financières afin de remédier à un pilotage national éclaté et mal coordonné, ont été pour partie engagées. Malgré des progrès réels, les résultats demeurent toutefois encore limités.

A - Une recomposition de la gouvernance nationale encore perfectible

Le pilotage stratégique a été réorganisé entre 2010 et 2011. Il a été confié à la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et à une délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS), qui a succédé à une simple mission pour l'informatisation du système de santé. La première est chargée de piloter les systèmes d'information hospitaliers. La seconde, rattachée au secrétaire général des ministères sociaux, couvre l'hôpital et la ville. Si cette évolution tire les conséquences des lacunes du pilotage des plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », elle ne garantit pas la cohérence du pilotage stratégique des projets et ne s'accompagne pas de l'impulsion nationale nécessaire à l'accompagnement opérationnel des établissements, qui demeure faible.

L'organisation de la maîtrise d'ouvrage opérationnelle au niveau national a été simplifiée fin 2009. En effet, l'Agence des systèmes d'information partagés (ASIP) en santé a repris les missions de deux groupements d'intérêt public dissous[370], tandis que l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a été créée par le regroupement de trois entités[371]. Ces agences sont respectivement chargées de la sécurité des systèmes d'information de santé et de l'amélioration du service rendu aux usagers par les établissements, dont les systèmes d'information ne constituent que l'un des aspects.

[370] Groupements d'intérêt public « Dossier médical du patient » et « Carte de professionnel de santé ».
[371] Groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers, mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier et mission nationale d'expertise et d'audit.

Les travaux conduits par l'ASIP Santé, en liaison avec les éditeurs de logiciels, ne répondent cependant que partiellement à l'impératif d'interopérabilité déterminant pour les établissements. Pour sa part, l'ANAP a été cantonnée au suivi de l'avancement des projets du plan « Hôpital 2012 » et à la mise en œuvre d'un accompagnement essentiellement méthodologique et de partages d'expériences pour le programme « Hôpital numérique ». Elle n'apporte pas d'appui opérationnel aux établissements en difficulté.

Pour chaque projet qu'elle pilote, qu'il s'agisse du programme « Hôpital numérique » ou de FIDES, la DGOS met en place une gouvernance *ad hoc*. Entre les différents projets, la coordination des parties prenantes n'est cependant pas systématiquement assurée.

La mise en place d'une instance de coordination commune à l'ensemble des projets concernant les systèmes d'information, inspirée de la gouvernance du programme « Hôpital numérique », viendrait renforcer la cohérence de l'action nationale. La présence de la DSSIS dans cette instance permettrait de mieux articuler le pilotage des projets d'informatisation interne des établissements de santé avec ceux relevant plus largement de la santé numérique[372], qui couvrent l'hôpital et la médecine de ville.

B - Un changement bienvenu de stratégie dans le cadre du programme « Hôpital numérique »

Le programme « Hôpital numérique » a rompu la logique jusque-là à l'œuvre de subventionnement de projets sans vision d'ensemble, en incitant les établissements à se mobiliser autour d'actions structurantes, sans remettre en cause leur autonomie dans leurs choix informatiques.

[372] La santé numérique est entendue comme l'ensemble des services numériques qui concourent à la production et à la coordination des soins, à la communication de données aux usagers, à la connaissance et à l'analyse de l'information, indispensables à la fluidité du parcours de soins.

1 - L'abandon de la logique de guichet au profit d'une stratégie de développement des systèmes d'information hospitaliers

Les investissements informatiques ont bénéficié, pour une part croissante, des deux plans généraux de soutien aux investissements « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ».

Les premiers plans nationaux contribuant au développement des SIH

Dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », les investissements informatiques subventionnés sont demeurés marginaux (2 %) et ont concerné un grand nombre de projets, souvent ponctuels et au contenu très disparate.

Le plan « Hôpital 2012 » a tiré pour partie les conséquences de ces limites en s'attachant à structurer l'aide aux SIH. Le soutien financier aux investissements informatiques a ainsi fortement progressé (+76 %) et les aides ont été concentrées sur un nombre plus limité d'opérations, 70 projets atteignant un montant unitaire supérieur à 1 M€.

Au total, près d'un millier d'opérations informatiques ont été soutenues dans le cadre de ces deux plans, cumulant 570 M€ d'aides pour plus de 1 Md€ d'investissements.

Le programme « Hôpital numérique » rompt à plusieurs titres avec les plans précédents.

Exclusivement consacré à l'informatique hospitalière, il vise à porter, d'ici à 2017, les établissements de santé à un palier de sécurité minimum et à un degré de développement suffisant, entendu comme un niveau minimal de services à rendre par l'informatique, dans le cadre d'une stratégie nationale pluriannuelle devant fédérer les administrations, les établissements, les professionnels de santé et les éditeurs de logiciels.

Novateur dans sa démarche, il remet en cause la logique de l'appel à projets des plans précédents pour privilégier une action plus globale agissant sur les causes structurelles du retard informatique qui pouvait être observé. Plutôt que d'aider les établissements à mettre en œuvre leurs projets, comme auparavant, il s'agit de soutenir ceux qui atteignent les premiers un niveau prédéterminé de développement commun à l'ensemble des établissements.

« Hôpital numérique » opère par ailleurs un changement d'échelle en associant l'ensemble des établissements, qu'ils bénéficient ou non d'un soutien financier. À l'origine, le programme a d'ailleurs été annoncé sans ressources affectées.

Enfin, tirant les conséquences des dérives précédentes, les aides sont forfaitisées et versées *a posteriori* sur le fondement de justificatifs. Pour les obtenir, les établissements doivent ainsi démontrer l'utilisation effective des applications.

2 - Une démarche d'homogénéisation des systèmes d'information tenant compte de l'autonomie des établissements

En définissant les services à rendre par chaque SIH, le programme « Hôpital numérique » va plus loin qu'un simple soutien financier à l'informatique hospitalière, en encadrant le développement informatique des hôpitaux. Tout en respectant l'autonomie des établissements en matière informatique, il contribue à l'homogénéisation des SIH, nécessaire à la mise en place de parcours de santé dans les territoires.

Compte tenu du nombre et de l'autonomie des établissements hospitaliers, et de la très grande diversité de leur organisation médicale, leur informatisation procède d'une démarche qui ne peut s'inscrire dans une approche centralisatrice, à la différence d'autres projets dans le secteur public qui ont été déployés avec succès mais à des coûts très élevés, comme Chorus[373], ou qui ont été des échecs retentissants comme Louvois[374] ou l'Opérateur national de paye[375].

La centralisation du système de soins ne garantit, au demeurant, pas en soi le succès d'une approche centralisée de la modernisation des systèmes d'information, comme le montre l'échec du programme national pour les technologies de l'information au Royaume-Uni. En effet, les solutions centralisées sont lourdes à mettre en œuvre et longues à déployer, alors même que les technologies évoluent très rapidement.

---

[373] Cour des comptes, *Rapport public annuel 2011*, « Chorus et les systèmes d'information financière de l'État », p. 265-284, La Documentation française, février 2011, disponible sur www.ccomptes.fr.

[374] Cour des comptes, *référé n° 68579 au ministre de la défense sur le système de paye Louvois* (27 décembre 2013), disponible sur www.ccomptes.fr.

[375] Cour des comptes, *Rapport public annuel 2015*, « La refonte du circuit de paie des agents de l'État : un échec coûteux », p. 65-98, La Documentation française, février 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

L'échec du *National program for IT* (NPfIT) britannique

En 2002, le *National Health Service* (*NHS*) a lancé un programme qui prévoyait la réalisation d'un système d'information à l'échelle nationale, unique et centralisé, assurant aux patients, aux praticiens hospitaliers et aux médecins généralistes un accès sécurisé aux données confidentielles. Les fonctionnalités de ce projet englobaient ainsi celles, en France, du dossier médical personnel et du dossier patient informatisé à l'hôpital.

Ce programme a souffert d'un périmètre trop large, de spécifications techniques mal définies, d'une durée de déploiement excessive, d'une technologie qui s'est révélée rapidement obsolète et du retrait de prestataires de services. Alors qu'il cumulait retards et surcoûts, son abandon a été annoncé en 2011.

Planifié initialement sur trois ans pour un budget de 2,3 Md£, le coût du *NPfIT* a été évalué par le *National Audit office* (*NAO*) à 9,8 Md£ sur 12 ans (hors contentieux et dépenses associées à l'inachèvement du dossier patient électronique dans plusieurs régions). Le *NAO* a émis des doutes sérieux sur la concrétisation des « bénéfices » mis en regard de ces coûts par le ministère des affaires sociales et de la santé, dont les deux tiers correspondent à des bénéfices futurs « extraordinairement difficiles à réaliser ».

Pour autant, une informatisation décentralisée, en l'absence d'encadrement ou de pilotage national, peut conduire à un défaut d'articulation entre les projets des établissements de santé et les projets nationaux, comme la Cour l'a souligné à propos du coût du dossier médical personnel[376].

Le programme « Hôpital numérique » s'attache à répondre à cette difficulté en conciliant le maintien d'une informatique décentralisée avec un impératif d'homogénéisation des systèmes d'information.

3 - La contribution de la certification par la Haute Autorité de santé à la mise à niveau des systèmes d'information

Plusieurs priorités du programme « Hôpital numérique » ont été intégrées à la procédure de certification des établissements de santé par la Haute Autorité de santé (HAS), qui vise à évaluer la maturité du système de gestion de la qualité et des risques et à favoriser une amélioration continue de la qualité en concentrant les approches sur le patient.

[376] Cour des comptes, *Communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale* sur le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place, juillet 2012, disponible sur www.ccomptes.fr.

Ainsi en 2013, sur 800 visites, la HAS a formulé 203 observations relatives aux systèmes d'information, dont 79 réserves concernant le niveau de sécurité. 74 d'entre elles, dont certaines majeures, ont par la suite pu être levées. En 2014, la prise en compte des priorités « Hôpital numérique » a encore été renforcée. À l'issue des premières visites effectuées, la gestion des systèmes d'information a été identifiée comme la thématique la plus éloignée de la cible de certification[377], sur laquelle les établissements étaient appelés à intensifier leurs efforts. En 2015, sur les 115 premiers établissements de santé visités, la gestion du système d'information a été examinée 11 fois. 57 % des écarts observés ont été qualifiés de points sensibles et 43 % de non-conformité. Aucune non-conformité majeure n'a cependant été identifiée.

La convergence des démarches de certification et de modernisation des systèmes d'information a favorisé la prise de conscience par les chefs d'établissement des enjeux stratégiques liés à ces derniers, en donnant une valeur contraignante aux indicateurs du programme « Hôpital numérique » et à la montée en maturité des systèmes d'information.

D'autres dispositifs, tels que le programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, généralisable en 2016[378], prennent en compte les indicateurs d'« Hôpital numérique », ce qui ouvre la voie à des modulations financières selon le niveau de service informatique rendu par les hôpitaux.

C - Des résultats encore modestes malgré une dynamique qui s'amplifie progressivement

Près de deux ans se sont écoulés avant que les premiers résultats du programme « Hôpital numérique » ne commencent à être visibles dans les hôpitaux.

[377] HAS, étude réalisée sur 53 rapports de certification avant observation des établissements.

[378] Ce programme crée un financement spécifique dont l'objectif est d'inciter les établissements financés à l'activité à améliorer la qualité et la sécurité des soins.

1 - La mise en évidence d'un faible niveau de sécurité des systèmes d'information

Le niveau minimum de sécurité requis par le programme « Hôpital numérique » concerne l'identité des patients, la fiabilité des données et la confidentialité. Il a fait progresser les établissements entrant dans le champ de l'enquête : généralisation des plans de reprise d'activité, mise en place de processus de vérification de l'identité des patients et désignation de référents en sécurité informatique (CH de Lisieux, des Pays de Morlaix et des Sables d'Olonne). Certains hôpitaux sont allés au-delà en mettant en place des dispositifs de gestion des risques informatiques (HCL et CHU de Nîmes), voire un suivi spécifique des événements indésirables (CH de Valenciennes).

Cependant, le niveau requis - pourtant considéré, en 2011, à dire d'experts, comme atteignable -, n'est encore satisfait à ce jour que par 41 % des établissements de santé[379]. Cet état de fait souligne la fragilité des systèmes d'information, le caractère insuffisant des exigences posées par les plans précédents et l'importance des efforts restant à accomplir par les établissements hospitaliers pour combler leurs lacunes en matière de sécurité.

2 - Des résultats à mi-parcours modestes et inégaux en matière de services rendus par les systèmes d'information

Les établissements sont encore insuffisamment mobilisés pour porter leurs systèmes d'information au niveau de services requis par le programme « Hôpital numérique ».

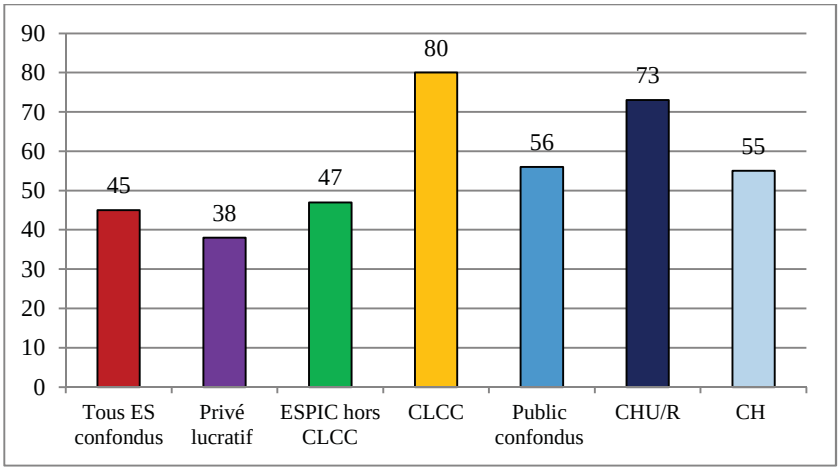
Plus exigeant que ceux qui l'ont précédé, ce dernier mesure l'utilisation effective par les professionnels de santé des applications de dossier médical (unique ou couvrant tout ou partie des spécialités) et le partage des principales données concernant le patient (interopérabilité). Or très peu d'établissements atteignent à ce jour le niveau de service requis en ce domaine (55 au total). S'agissant du pilotage médico-économique, seul un établissement sur cinq déclare atteindre les exigences réduites fixées à ce titre, qui consistent pour l'essentiel à utiliser des tableaux de bord issus du système d'information hospitalier.

[379] 1 305 établissements sur 2 169 établissements répondants et 3 211 établissements référencés au 1er semestre 2016 (source Atlas des SIH.2016, publication ATIH – DGOS)

Globalement, la maturité des systèmes d'information hospitaliers demeure faible, puisque moins de la moitié (45 %) des services attendus par le programme « Hôpital numérique » sont aujourd'hui satisfaits en moyenne. Les centres de lutte contre le cancer avec un taux de 80 % et les CHU avec un taux de 73 % sont plus avancés, la maturité décroissant ensuite avec le niveau d'activité des établissements (31 % pour les plus petits). Par ailleurs, des disparités géographiques importantes se manifestent. Ainsi, c'est seulement dans quatre territoires (Alsace, Franche-Comté, Limousin et Pays-de-la-Loire) que plus de la moitié des services attendus est d'ores et déjà assurée. Une participation antérieure à « Hôpital 2012 » favorise l'atteinte des objectifs propres à « Hôpital numérique » : dans les établissements aidés par « Hôpital 2012 », le niveau de service rendu mesuré au titre de « Hôpital numérique » est plus élevé de 16 points que dans les autres structures[380].

Graphique n° 25 : atteinte du niveau de services requis par le programme « Hôpital numérique » par catégorie d'établissements

En %



Source : Cour des comptes à partir de données DGOS au 30 septembre 2015.

[380] Soit 59 % contre 43 %. Données DGOS, comité de pilotage du 30 septembre 2015.

3 - Une dynamique de participation des établissements

Pour la mise en œuvre du programme « Hôpital numérique », les établissements n'ont bénéficié d'un accompagnement financier et méthodologique que tardivement, courant 2013, avec l'annonce d'une enveloppe de 400 M€ jusqu'en 2017 et la mise en place par l'ANAP de premiers services d'accompagnement.

Ce dispositif écarte les établissements qui n'atteignent pas le niveau de sécurité requis ou dont une opération en cours est financée par le plan « Hôpital 2012 ». Il apparaît très sélectif, car inaccessible à la plupart. Afin de pallier cette situation, les ARS ont pris l'initiative d'un dispositif d'accompagnement spécifique sur les crédits du fonds d'intervention régional, qui a bénéficié à près de 500 établissements et a contribué au démarrage du programme « Hôpital numérique », avec un décalage de deux ans par rapport à son annonce.

Sans permettre de rattraper le retard initial, la mobilisation des financements s'intensifie, d'autant que les établissements doivent déposer leurs dossiers d'ici fin 2016. 90 M€ ont ainsi été délégués ou engagés au second semestre 2015. Fin 2015, les crédits délégués (154 M€) ne représentaient cependant encore que 38 % de l'enveloppe annoncée (400 M€) et ceux engagés 35 % (141 M€). 105 M€ demeuraient sans affectation.

Les résultats à mi-parcours du programme « Hôpital numérique » sont encore éloignés de ceux attendus à fin 2017. Pour autant, la voie originale qu'il a empruntée s'inscrit dans une démarche progressive et prometteuse où le niveau de services à atteindre à son issue ne constitue qu'une première étape. La poursuite de cette stratégie, même si l'atteinte d'une partie des objectifs est différée pour certains établissements, apparaît indispensable pour garantir la continuité des orientations publiques qui avait fait défaut au plan « Hôpital 2012 » et obtenir l'ensemble des résultats attendus.

III - De nouvelles étapes à engager

L'État doit centrer plus fortement ses actions sur l'interopérabilité et l'accompagnement des établissements. Il doit aussi dessiner plus nettement les nouvelles étapes en insistant sur la mobilisation effective des gains d'efficience inhérents au déploiement de l'informatique hospitalière et sur la mise en place d'un partage des données au sein d'un système d'information de santé commun à l'hôpital et à la médecine de ville.

A - Trois priorités nationales à promouvoir

En l'absence de solutions de marché complètement intégrées couvrant l'ensemble des fonctions hospitalières, le manque d'interopérabilité entre applications demeure l'obstacle majeur à la cohérence et à l'évolution des systèmes d'information hospitaliers.

1 - Rendre l'impératif d'interopérabilité pleinement opposable aux éditeurs de logiciels

L'interopérabilité a progressé, bénéficiant en cela de l'avancée technologique des « bus applicatifs »[381], mais demeure mal assurée dans de nombreux établissements. Les contrôles des juridictions financières ont ainsi révélé des interfaces entre applicatifs souvent limitées, parfois instables, voire coûteuses. Certains éditeurs de logiciels ne peuvent ou ne souhaitent pas fournir les informations nécessaires à leur mise en place. Or, les ruptures d'interopérabilité induisent des ressaisies consommatrices en ressources et des risques d'erreurs.

L'appui du ministère aux établissements reste peu opérant. Les travaux de normalisation de l'ASIP Santé progressent lentement, alors que les progrès attendus en matière de coordination des soins, au sein ou à l'extérieur de l'hôpital, en sont en grande partie tributaires.

Le volet technique du cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé, qui spécifie les protocoles d'interconnexion et d'acheminement de l'information, a été publié en 2012, mais n'a pas un caractère contraignant à l'égard des éditeurs de logiciels. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 marque toutefois une avancée en rendant opposables les référentiels d'interopérabilité et de sécurité établis par l'ASIP Santé, une fois que ces derniers auront été approuvés par la voie d'arrêtés ministériels[382].

[381] Logiciels qui permettent d'interagir à des applications qui n'ont pas été conçues pour communiquer entre elles. Ils fonctionnent comme un bus qui récupère des données (des passagers) dans chaque application (arrêt de bus) pour les déverser dans le logiciel concerné par le prochain traitement.

[382] L'article 96 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit les dispositions suivantes à l'article L. 1110-4-1. du code de la santé publique : « Afin de garantir la qualité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel et leur protection, les professionnels de santé, les établissements et services de santé […] utilisent […] des systèmes d'information conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par l'ASIP Santé. Ces référentiels sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ».

En revanche, le second volet relatif aux contenus « métiers », qui a notamment pour objet de permettre l'intégration des données médicales dans les applications, est encore en chantier. La tentative d'homologation visant à fournir aux acheteurs des garanties sur les solutions fonctionnelles et l'interopérabilité des applications, lancée au titre du programme « Hôpital numérique », n'a finalement pas abouti, au motif de la longueur et de la complexité de la tâche. L'impératif d'interopérabilité exige sur ce point une accélération des travaux d'élaboration des référentiels « métiers ». Pour être pleinement efficace, la voie envisagée par le ministère consistant à restreindre ces travaux à des exigences critiques, qui s'inspire de la démarche de certification de la HAS pour certains logiciels[383], suppose de garantir l'interopérabilité fonctionnelle des solutions concernées et leur opposabilité aux éditeurs. Ces travaux bénéficieront directement aux établissements et, au-delà, permettront de développer les échanges entre établissements et avec la médecine de ville dans le cadre de parcours de soins coordonnés.

2 - Renforcer l'appui opérationnel aux établissements

L'accompagnement des établissements est assuré par les ARS et par l'ANAP. Les premières sont chargées de décliner le programme « Hôpital numérique », tandis que l'ANAP assure un accompagnement méthodologique des établissements à sa mise en œuvre.

Ce dispositif ne tire qu'imparfaitement les conséquences des lacunes des plans précédents. Orienté vers le soutien aux établissements précurseurs, il prend le risque de laisser se reproduire certains déboires en n'identifiant pas suffisamment en amont les établissements en difficulté. En outre, il laisse sans réponse la question de l'assistance à maîtrise d'ouvrage pour les projets à forts enjeux, pourtant soulevée à plusieurs reprises par la Cour[384].

[383] Logiciels d'aide à la prescription médicale et d'aide à la dispensation.
[384] Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012*, chapitre 3 : L'assistance publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM) : l'échec de son projet d'informatisation du dossier du patient, p. 899-937, La Documentation française, février 2012, disponible sur www.ccomptes.fr.

Un suivi de nature formelle de l'informatisation du CH de Cannes

Articulé avec un déménagement dans le nouvel hôpital en 2010, le projet d'informatisation engagé en 2008 par le centre hospitalier de Cannes a concerné, à titre principal, le dossier patient informatisé et la facturation de l'activité. Pendant trois ans, l'ANAP a porté une appréciation positive sur l'état d'avancement du projet, avant d'en cesser le suivi en 2012. L'ARS n'a pas pris le relais malgré les graves difficultés rencontrées par l'établissement en matière de facturation. Le choix d'un module de facturation jamais mis en œuvre au préalable dans un établissement de santé a pourtant accentué les déconvenues (retards dans le déploiement des applications et de la facturation, pertes de recettes de 1,1 M€ entre 2011 et 2013) jusqu'à son remplacement en 2015.

À travers le suivi du plan « Hôpital 2012 », l'ANAP a une connaissance étendue des difficultés rencontrées par les hôpitaux dans leur informatisation. Elle dispose par ailleurs d'une forte expertise dans l'accompagnement des utilisateurs et d'une solide expérience d'intervention auprès d'hôpitaux en difficulté, en appui aux ARS. Ces compétences générales et les synergies entre ces différentes activités apparaissent cependant insuffisamment mises au service des établissements dans le cadre du programme « Hôpital numérique ».

Certaines ARS répondent pour partie aux besoins des hôpitaux dans la conduite des projets de systèmes d'information en faisant appel aux groupements de coordination sanitaire (GCS) « e-santé ». Ces organismes, qui sont implantés dans la presque totalité des régions, sont des structures de coopération créées par des professionnels de santé et du secteur médico-social, publics ou privés, afin de les faire bénéficier d'une assistance à maîtrise d'ouvrage en informatique de santé.

Les GCS « e-santé », des structures au service de leurs membres et, par extension, des ARS

Les GCS « e-santé » assurent la conduite opérationnelle de projets de santé numérique pour le compte de leurs membres. À la demande des ARS, dont peu d'agents ont l'expertise de la conduite de projets informatiques, ils contribuent de surcroît au déploiement des projets informatiques bénéficiant d'une impulsion nationale. Les ARS influencent leurs stratégies en contribuant au financement de certains projets.

Les missions et la taille de ces structures, autonomes vis-à-vis des ARS, demeurent cependant hétérogènes. Une adaptation de leur périmètre d'intervention dans le cadre des nouvelles régions pourrait permettre de

renforcer leur rôle d'assistance à maîtrise d'ouvrage, voire à maîtrise d'œuvre, au-delà des seuls projets de santé numérique de leurs mandants. L'ANAP pourrait de même contribuer à bâtir une expertise en matière de maîtrise d'ouvrage des projets informatiques hospitaliers fondée sur les compétences des GCS « e-santé » au niveau régional.

3 - Sécuriser les choix informatiques des établissements

En Europe, l'offre informatique se concentre progressivement autour d'une soixantaine de fournisseurs significatifs dont les quatre plus importants se partagent plus de 40 % du marché[385]. En France, l'offre informatique demeure fragmentée avec 767 logiciels en santé proposés par 277 éditeurs. Certains sont présents sur des marchés de « niche », ce qui accentue leur vulnérabilité, et n'ont que quelques collaborateurs[386].

Pour les établissements, qui font généralement appel à des solutions de marché, leur pérennité s'avère difficile à anticiper et peut les mettre en difficulté dans un marché en constante recomposition.

Le rachat d'une solution en cours de déploiement

Le projet d'acquisition et de déploiement du dossier patient informatisé du CHU de Nîmes avait été piloté en 2008 avec un soin particulier en vue du choix d'un fournisseur en février 2009. Ce dernier a été racheté en septembre 2011, à mi-exécution du marché, alors même que le déploiement de certaines applications avait déjà pris du retard. Le nouveau titulaire a proposé sa propre gamme d'applications cliniques sans prendre en compte l'état d'avancement du projet en cours, ni respecter son périmètre originel. Le CHU maintenant ses exigences, un contentieux s'en est ensuivi. Ce dernier a été réglé en septembre 2014 par un protocole transactionnel prévoyant une indemnisation d'un montant net de 1,6 M€, éloigné du préjudice de 4,8 M€ avancé par l'établissement.

[385] Il s'agit de Cerner, McKesson, Siemens et Philips (Frost & Sullivan, « *Analysis of the hospital information systems (HIS), market in Europe, predictions in HIS through 2019* », août 2013).
[386] Effectif médian de quatre salariés pour les 10 % d'entreprises les plus petites et de 240 pour les 10 % les plus importantes. Atlas 2015 des SIH, DGOS, 2015.

La qualité de l'offre proposée varie selon les éditeurs. Un dispositif de certification des éditeurs de logiciels, qui s'inspire du cadre de la certification ISO 9001 en le complétant d'exigences spécifiques à la santé, est progressivement mis en œuvre depuis la mi-2015 sous l'égide de la DSSIS et de l'ASIP Santé. Il constitue une première étape pour améliorer la qualité des logiciels et des services fournis par les éditeurs (fourniture de logiciels testés avant leur installation, formation et stabilité des équipes, réactivité du support, etc.) et donner ainsi plus de visibilité aux établissements sur le marché.

Dans le cas général, les établissements hospitaliers ont renoncé à développer des logiciels en interne (CHU de Nîmes, de Lille et de Rouen), activité qui mobilise des ressources importantes. S'ils recourent désormais au marché pour la gestion administrative des patients, les HCL font figure d'exception en restant leur propre éditeur pour le dossier médical.

Le dossier médical des Hospices civils de Lyon (HCL) : un développement en interne, une diffusion à d'autres établissements

Associés au CHU de Grenoble depuis la fin des années 1990 pour le développement et la maintenance évolutive d'un DPI-Cristal net, les HCL ont développé un nouveau dossier patient informatisé, « *Easily* », à partir de 2012, tandis que le CHU de Grenoble cessait son activité d'éditeur. Mise au point pour un coût global de 13 M€, l'application « *Easily* » a été déployée dans les délais et sur le périmètre fixés, à la satisfaction de ses utilisateurs. Les HCL justifient ce choix, notamment par la complexité de l'organisation hospitalière à équiper, la proximité avec les utilisateurs et une volonté d'interopérabilité forte des applications.

À leur initiative, un groupement d'intérêt économique « HOPSIS » a été créé pour diffuser l'application et mutualiser ses coûts de maintenance, estimés à 1,6 M€. Avec 47 membres fin 2015, le GIE « HOPSIS » présente un budget prévisionnel et un plan de financement pluriannuel équilibrés pour 2016. Il fait de l'innovation un avantage concurrentiel et, dès lors, un ressort de son modèle économique. La soutenabilité de ce modèle reste cependant à démontrer dans la durée.

Ces choix d'édition et de diffusion ne sont pas exempts de risques pour les HCL, qui devront, dans la durée, être en mesure de proposer une offre de prestations innovante, articulée avec les avancées technologiques et en adéquation avec les besoins des membres du groupement. Ils ont par ailleurs ravivé des débats déjà anciens sur l'utilisation de ressources

hospitalières pour développer des logiciels informatiques diffusés par la suite selon des modalités qui dispenseraient les établissements publics de santé de l'application du code des marchés publics.

Dans un marché concurrentiel, les règles de la commande publique pour les établissements adhérents à des structures de coopération éditrices de logiciels sont à rappeler à la lumière du nouveau cadre de la commande publique entré en vigueur le 1er avril 2016 en application de l'ordonnance du 23 juillet 2015, mais aussi de la position de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE).

La position récente de la Cour de justice de l'Union européenne

À l'occasion d'une question préjudicielle, la CJUE (19 juin 2014, *Centro Hospitalar de Setubal c/ Eurest Portugal*) a répondu que la présence au sein d'un groupement associant des personnes de droit privé n'exerçant pas d'activité à but lucratif rendait applicable la directive « marchés publics ». En l'espèce, cette situation ne permettait pas à un établissement public de bénéficier d'une procédure l'exemptant de celle prévue pour les marchés publics (*in house*) dès lors que ces sociétaires privés (personnes de droit privé) peuvent obéir à des considérations propres différentes des objectifs d'intérêt public poursuivi par le pouvoir adjudicateur.

B - Des gains d'efficience à amplifier

Les systèmes d'information contribuent encore insuffisamment à l'optimisation de l'emploi des ressources des établissements de santé et à la qualité des soins. Encore rarement évalués, les gains d'efficience liés à l'informatisation restent à concrétiser et à amplifier dans le cadre de la mise en place d'un système d'information de santé ouvert, couvrant non seulement l'hôpital, mais aussi la médecine de ville.

1 - Contractualiser la contribution des systèmes d'information à l'efficience hospitalière

La mise en place ou la transformation des systèmes d'information peuvent fournir l'occasion de réviser les organisations et les pratiques existantes afin de mieux sécuriser le parcours du patient et dégager des gains d'efficience. Ces derniers sont, cependant, rarement mesurés.

Les premières études menées à ce titre font apparaître une corrélation entre d'une part le niveau d'informatisation des hôpitaux et, d'autre part, les résultats de la certification effectuée par la HAS, la qualité du dossier patient et du dossier anesthésique et les taux d'occupation des lits des services de chirurgie conventionnelle et ambulatoire et des salles de bloc opératoire[387].

Certains établissements font ainsi état, selon le cas, d'une amélioration des parcours de soins, voire de leur organisation d'ensemble, de la réalisation d'économies par des examens évités ou la disponibilité des informations au moment souhaité, voire d'une augmentation des recettes. Cependant, ils ne chiffrent pas de manière précise le retour sur investissement lié à la modernisation de leurs systèmes d'information.

Quelques illustrations de gains d'efficience liés aux SIH

Au CHU de Saint-Etienne, établissement à la situation financière dégradée et dont les investissements visent encore à atteindre les conditions préalables du programme « Hôpital numérique », les solutions informatiques mises en œuvre ont permis une augmentation des recettes ainsi qu'une amélioration de l'organisation des soins grâce au rappel automatique des rendez-vous, à la communication plus rapide des résultats d'examen aux cliniciens et à l'informatisation du circuit du médicament. L'incidence positive de ces évolutions sur le temps de travail des infirmières n'a cependant pu être mesurée.

Malgré les aléas du déploiement du dossier patient informatisé (voir *supra*), le CHU de Nîmes reconnaît la contribution des systèmes d'information à son pilotage médico-économique, à sa certification (comptes et HAS) et à la production de soins par l'amélioration du recueil et de la fiabilité des données. Il évalue les économies réalisées à 0,85 M€ (secrétariats, facturation et reprographie, numérisation des films, révision des contrats de maintenance) et évoque sans les chiffrer d'autres impacts favorables sur l'organisation des tâches, ses coûts ou ses recettes (dictée numérique, augmentation d'activité du secteur imagerie ou optimisation de l'emploi des blocs opératoires).

A contrario, le CH du Blanc (Indre) estime que les économies réalisées à court terme ont été compensées par les coûts supplémentaires liés à l'incidence des difficultés d'interopérabilité des systèmes sur la conduite de ses activités.

[387] Premiers résultats d'une étude réalisée au Centre Léon-Bérard à Lyon dans le cadre du programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS), ayant donné lieu à publication en août 2015.

La concrétisation de gains d'efficience à même de générer des économies, notamment en ressources humaines, doit constituer un enjeu déterminant de l'informatisation hospitalière.

À cet égard, la modélisation en cours par l'ANAP des gains liés à l'informatisation devrait permettre d'outiller les établissements afin qu'ils s'engagent plus fermement dans la voie de gains d'efficience.

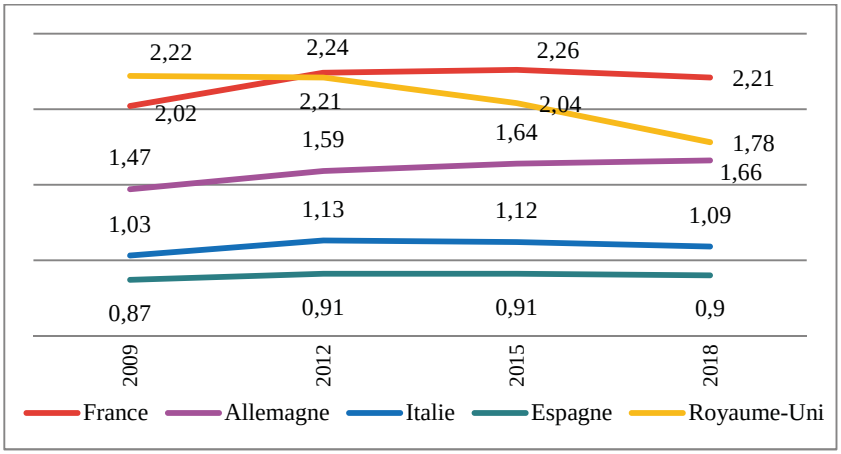
Au-delà, le soutien financier aux investissements informatiques devrait être rendu tributaire d'une contractualisation des gains chiffrés d'efficience attendus dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus par les établissements avec l'ARS.

2 - Une mutualisation indispensable des ressources entre établissements à engager sans tarder

L'éclatement du système hospitalier français entre de nombreux établissements de taille hétérogène s'accompagne d'un niveau plus élevé de dépenses informatiques et d'une croissance plus forte du marché informatique ayant trait à l'hôpital que chez nos voisins.

Graphique n° 26 : évolution comparée du chiffre d'affaire lié à l'informatique hospitalière / total des dépenses de santé

En € pour 100 000 € de dépenses



Source : calcul Cour des comptes à partir des données Frost & Sullivan.

Pour de nombreux établissements, se pose la question de la taille critique nécessaire pour mener à bien des investissements informatiques souvent lourds en termes de compétences et de niveau des dépenses[388].

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 impose désormais à chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, d'adhérer à une convention de groupement hospitalier de territoire (GHT). Chaque groupement doit définir avec ses membres un projet médical partagé, s'associer à un CHU au titre des activités hospitalo-universitaires et mettre en place en son sein un système d'information convergent. Le décret du 27 avril 2016 en précise les modalités. Il prévoit notamment l'élaboration, au sein de chaque GHT, d'un schéma de convergence des applications informatiques d'ici à 2020.

En favorisant le partage des informations médicales entre les professionnels de santé, la convergence des systèmes d'information au sein des GHT constitue un facteur important d'amélioration de la qualité des soins et d'optimisation des dépenses, facilitant la coordination des prises en charge et évitant par exemple la redondance des examens.

La mutualisation des ressources informatiques au sein des GHT contribuera également à l'efficacité des traitements informatiques et au déploiement des solutions les plus pertinentes, en renforçant les capacités de maîtrise d'ouvrage, notamment dans les établissements plus petits qui bénéficieront d'un appui de proximité qui leur faisait jusqu'alors défaut. L'absence de personnalité morale des groupements, qui ne pourront ainsi être l'employeur des équipes informatiques, limitera cependant les possibilités d'optimisation des ressources.

Les schémas de convergence des applications informatiques doivent permettre de concentrer les investissements sur la mise en place de systèmes d'information homogènes, composés à terme d'applications identiques par fonction et auxquels les financements nationaux ou régionaux seront réservés. Les crédits non encore consommés du programme « Hôpital numérique » pourraient opportunément être affectés au soutien de cette démarche indispensable de convergence afin qu'elle s'engage rapidement.

[388] Les CHU consacrent 16,2 M€ par an en moyenne aux dépenses informatiques contre 1,1 M€ en moyenne dans les CH (Atlas 2015 des SIH).

3 - La nécessaire intégration des systèmes d'information hospitaliers dans un système plus large d'information de santé

Dès lors que l'hôpital demeure la clef de voûte du système de santé, la modernisation de l'informatique hospitalière est un levier déterminant pour faire émerger un système plus large d'information de santé, dit « e-santé ». En permettant de développer de nouveaux services au bénéfice des patients comme des acteurs de santé grâce aux technologies numériques, ce système contribuera à mieux répondre aux besoins liés au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques, à la spécialisation croissante de la médecine et à la répartition très inégale des professionnels sur le territoire.

a) Les parcours de soins entre l'hôpital et la ville

Les systèmes d'information hospitaliers commencent à s'ouvrir à l'informatique de parcours, sous l'impulsion des ARS et des GCS « e-santé ». Des dispositifs régionaux d'échanges de données se mettent ainsi en place dans certains établissements en recourant activement aux outils de partage ou d'échange développés au niveau régional. Par exemple, la plateforme régionale d' « e-santé » de Rhône-Alpes (SISRA) permet aux Hospices civils de Lyon d'échanger des informations avec d'autres établissements et les médecins de ville.

Les ARS pilotent par ailleurs depuis 2013 sur cinq territoires une expérimentation de plateformes de services à destination des professionnels de santé et des patients, qui sont transversales à la ville, à l'hôpital et au domicile dans le cadre de l'action « territoires de soins numériques » du programme des investissements d'avenir. À son terme en 2017, les propositions qui auront montré leur efficacité ont vocation à être généralisées, afin de développer les échanges entre professionnels de santé en soutien à la mise en place de prises en charge coordonnées entre plusieurs lieux de soins (l'hôpital, le cabinet médical et le domicile).

Ces expérimentations constituent une opportunité pour construire un système d'information de santé cohérent et communicant et laissent augurer de gains d'efficience accrus. Elles appellent un renforcement du rôle des ARS dans la coordination des projets. L'implication des GCS « e-santé » pourrait constituer à ce titre un facteur déterminant de réussite.

b) L'ouverture et le partage des données

Plus fondamentalement, la mise en place d'un système de « e-santé » appelle la définition d'un cadre commun d'exigences d'interopérabilité et de sécurité. Les travaux préparatoires engagés doivent tendre à leur conclusion à bref délai.

De la capacité à dessiner ce cadre de mise en relation des informations médicales provenant de l'hôpital, du cabinet médical ou du domicile dépend au premier chef la capacité future des pouvoirs publics à piloter plus efficacement le système de santé, à optimiser l'organisation de l'offre de soins et à mieux répartir les ressources, en fonction des déterminants de santé.

De ce point de vue, comme la Cour l'a déjà souligné, l'enjeu immédiat consiste à améliorer la qualité des informations hospitalières au niveau national en réduisant certaines fragilités de codage et en assurant l'exhaustivité des remontées d'informations, ainsi qu'à enrichir le contenu médical des informations transmises. Pour l'avenir, il consiste à pouvoir agréger dans une même base de données non seulement les données médico-économiques « structurées » issues de la liquidation des feuilles de soins et du PMSI hospitalier, comme le fait actuellement le SNIIRAM[389], mais aussi des données « non structurées » telles que les comptes rendus médicaux, les résultats d'analyse biologique ou les examens d'imagerie médicale.

L'intégration de données non structurées dans les bases de données de l'AP-HP

L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris s'est dotée, en 2015, d'un entrepôt de données de santé intégrant des données non structurées, anonymisées ou non, issues par exemple de comptes rendus médicaux. L'objectif est de mettre en œuvre des études de suivi plus complètes que celles disponibles à ce jour, en chaînant leurs données, en particulier pour le suivi des patients chroniques.

[389] Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie. Voir Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale*, Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie : une utilisation à développer, une sécurité à renforcer, mars 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a visé à faciliter en ce sens les appariements de données en désignant le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques en tant qu'identifiant de santé unique des personnes[390].

Les systèmes d'information hospitaliers doivent ainsi continuer à évoluer afin de favoriser la communication et l'interopérabilité entre applicatifs dans un objectif de prise en charge partagée des patients par l'ensemble des acteurs du système de santé. À cet égard, ils doivent notamment intégrer les exigences du dossier médical partagé et contribuer à sa généralisation.

_____ *CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS* _____

Sous l'impulsion de plans nationaux successifs de plus en plus structurant, l'informatique hospitalière se modernise progressivement. La prise de conscience des enjeux dont elle est porteuse par les communautés hospitalières, notamment du corps médical, constitue le fait majeur de ces dernières années. Elle a contribué à redéfinir les stratégies de développement informatique des hôpitaux et à renforcer leurs compétences internes en ce domaine.

Les conditions à réunir pour mener à bien un projet d'informatisation sont mieux formalisées : penser les systèmes d'information comme un outil au service d'une stratégie d'établissement, assurer la stabilité des stratégies informatiques dans la durée, capitaliser sur une première expérience d'informatisation, maîtriser la conduite de projet, associer en continu les utilisateurs, anticiper les risques et intégrer dès la conception du projet les gains d'efficience recherchés.

Une action nationale plus forte est néanmoins nécessaire en direction d'une part des éditeurs de logiciels, afin notamment de garantir l'interopérabilité des solutions et la qualité des applications et services fournis et d'autre part des hôpitaux eux-mêmes afin de mieux les soutenir dans leurs choix.

[390] Article 193 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui introduit à l'article L. 1111-8-1 du code de la santé publique les dispositions suivantes : « Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques est utilisé comme identifiant de santé des personnes pour leur prise en charge à des fins sanitaires et médico-sociales ».

Alors que la modernisation de l'informatique hospitalière est loin d'être achevée, l'accent doit être mis sur la mutualisation des systèmes d'information pour réaliser des gains d'efficience et jeter les bases de systèmes d'information en santé plus larges et plus fonctionnels, selon une démarche ouverte à l'ensemble des acteurs du système de soins qui permette de partager et d'enrichir les données de santé pour favoriser de nouvelles pratiques de prévention et de suivi des patients, rationaliser les actes, garantir une maîtrise médicalisée de la dépense et limiter les restes à charge pour le patient.

La Cour formule en conséquence les recommandations suivantes :

32. *maintenir le cap de la stratégie « Hôpital numérique » et engager sans tarder les travaux préparatoires à son deuxième palier, en l'orientant vers la convergence des systèmes d'information au sein des groupements hospitaliers de territoire ;*

33. *subordonner le soutien financier aux investissements informatiques à la réalisation de gains d'efficience, contractualisés dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ;*

34. *bâtir au niveau régional une expertise en matière de maîtrise d'ouvrage, pour venir en appui aux projets informatiques hospitaliers en mobilisant, avec le soutien de l'ANAP, les GCS « e-santé » existants ;*

35. *rendre opposables aux éditeurs de logiciels les référentiels d'interopérabilité et de sécurité en vigueur et intensifier les travaux d'élaboration des référentiels « métiers » ;*

36. *rappeler les modalités d'application des règles de la commande publique pour les établissements adhérant à des structures de coopération qui éditent des logiciels ;*

37. *intégrer la stratégie d'ouverture et de convergence des systèmes d'information hospitaliers dans une approche plus large d'informatique de santé partagée avec les autres acteurs du système de soins.*

Quatrième partie

Assurer la soutenabilité des retraites

Chapitre IX

Les réformes des retraites des salariés du secteur privé : un redressement financier significatif, une méthode à redéfinir dans la perspective de nouveaux ajustements

PRÉSENTATION

Le système de retraite obligatoire des salariés non agricoles du secteur privé se compose d'un régime de base, le régime général de sécurité sociale, dont la branche vieillesse est gérée par la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)[391]*, et de régimes complémentaires, gérés par l'association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (ARRCO) et l'association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC). L'ARRCO couvre aujourd'hui la quasi-totalité des salariés du secteur privé et l'AGIRC le champ des cadres et assimilés, également affiliés à l'ARRCO pour la part de leur salaire inférieure au plafond de la sécurité sociale*[392]*.*

Ces deux étages, de base et complémentaires, sont des régimes obligatoires par répartition fondés sur un même principe de solidarité entre générations, les cotisations des actifs finançant les pensions des retraités. Ils diffèrent cependant par plusieurs aspects. Ainsi, le régime de base est un régime en annuités[393]*, tandis que les régimes complémentaires sont des régimes par points*[394]*. Le régime de base est placé sous la tutelle de l'État, alors que les régimes complémentaires relèvent de la seule responsabilité des partenaires sociaux à l'origine de leur création.*

Pris ensemble, régime de base et régimes complémentaires ont versé en 2015 181,9 Md€ de prestations (110,6 Md€ pour le régime général et 71,3 Md€ pour l'AGIRC-ARRCO). Le régime général a réglé des pensions moyennes de droit direct de 746 € pour les hommes et de 596 € pour les femmes, complétées par l'ARRCO à hauteur respectivement de 398 € et de 239 €, et le cas échéant par l'AGIRC, à hauteur de 873 € et de 351 €.

Ces régimes ont connu des réformes importantes depuis un quart de siècle pour faire face au vieillissement démographique et à des perspectives économiques moins favorables que par le passé, sous l'impulsion tant des pouvoirs publics que des partenaires sociaux, en leur qualité de gestionnaires des régimes AGIRC-ARRCO.

---

[391] Fin 2014, le régime général comptait 17,6 millions de cotisants et 13,7 millions de retraités.

[392] L'ARRCO comptait 18,1 millions de cotisants fin 2014 pour 12,2 millions d'allocataires. Parmi eux, 4,1 millions de salariés cotisaient également à l'AGIRC, tandis que 2,9 millions de retraités percevaient aussi une pension de l'AGIRC.

[393] Le montant de la pension de retraite est fonction de la durée de la carrière professionnelle et de l'historique des rémunérations des assurés.

[394] Le montant de la pension de retraite est calculé en fonction du nombre et de la valeur des points acquis par le versement des cotisations patronales et salariales tout au long de l'activité professionnelle du salarié.

S'agissant du régime de base, ces réformes ont principalement porté sur une modification des mécanismes d'indexation des retraites et des salaires pris en compte pour les calculer (à partir de 1987, évolution confirmée en 1993), un élargissement de l'assiette de référence pour le calcul des retraites (passée des 10 aux 25 meilleures années en 1993), un allongement de la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une retraite à taux plein (à trois reprises : en 1993, 2003 et 2014), accompagnée de la création d'une surcote (en 2003), un relèvement de l'âge d'ouverture des droits à la retraite (en 2010) et des hausses de cotisations, patronales et salariales.

À l'AGIRC-ARRCO, au-delà de l'incidence sur les retraites complémentaires de l'évolution des conditions d'âge et de durée d'assurance du régime de base, les réformes ont reposé sur une baisse des taux de rendement des cotisations, sur des hausses de cotisations, aussi bien patronales que salariales, sur la sous-indexation de la valeur du point et, dernièrement, mais avec un effet différé, sur l'incitation à retarder le départ en retraite.

La Cour a cherché à dresser le bilan de ces réformes successives, à mesurer leur apport à l'équilibre financier des régimes et à apprécier la manière dont ces efforts d'ajustement ont été répartis entre les assurés en fonction de leur année de naissance et de leur situation.

Elle a constaté que ces réformes, conduites par les pouvoirs publics et les partenaires sociaux de manière à lisser dans le temps l'incidence des évolutions nécessaires, ont eu, selon les calendriers et les leviers d'action employés, des effets différenciés sur la situation des assurés (I). Si la trajectoire financière des régimes s'est nettement redressée, des déficits pourraient réapparaître ou s'alourdir à partir de la moitié ou de la fin des années 2020 en fonction des évolutions économiques et démographiques (II). Cette perspective appelle la mise en place d'un cadre de cohérence global pour anticiper et piloter les nouveaux ajustements qui s'avèreraient nécessaires de manière à répartir équitablement les efforts (III).

La méthodologie suivie par la Cour

Les réformes successives des retraites ont fait l'objet d'études variées. Cependant, aucune n'avait permis à ce jour d'apprécier leur impact consolidé sur les deux étages des régimes de salariés du secteur privé, de base et complémentaire, ni de mesurer la contribution de chacune d'elles aux évolutions enregistrées.

Afin de procéder à cette analyse, la Cour a, en complément des analyses existantes, demandé à plusieurs administrations (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - DREES, INSEE, CNAVTS, direction de la sécurité sociale) de réaliser des études spécifiques sur les impacts des réformes passées des retraites et de celles qui pourraient être mises en œuvre à l'avenir.

Ces études ont principalement porté sur l'effet de la dernière vague de réformes du régime de base (2010-2014). Ainsi, la CNAVTS a examiné l'effet de ces réformes sur son solde financier et sur la situation des affiliés (âge de départ, montant de la pension), la direction de la sécurité sociale a complété ces analyses par des travaux sur des cas-types et la DREES a évalué l'impact financier des réformes sur la retraite des salariés du secteur privé prise dans son ensemble (régimes de base et complémentaires).

La DREES a par ailleurs évalué les impacts des accords conventionnels de mars 2011, mars 2013 et octobre 2015 sur la situation financière des régimes complémentaires, et apprécié les effets de plusieurs leviers de réforme envisageables.

Enfin, la Cour a également sollicité l'INSEE pour identifier les résultats propres aux salariés du secteur privé de certaines études à caractère plus général.

I - Une succession de réformes au rythme variable, des ajustements inégalement répartis

Confrontés à des défis considérables, du fait des évolutions démographiques et économiques, les deux étages constituant la retraite des salariés du secteur privé ont été réformés par la voie d'ajustements de grande portée. Ces réformes sont cependant intervenues selon des temporalités distinctes et de manière non coordonnée. Les mesures mises en œuvre depuis 1993 ont un effet cumulatif important sur la situation des assurés, bien qu'encore en phase de montée en charge. L'analyse détaillée

des effets des dernières réformes du régime de base, entre 2010 et 2014, conduit à relever certaines disparités entre assurés.

A - Des régimes confrontés à des défis démographiques communs

Les régimes de retraite des salariés du secteur privé, de base et complémentaires regroupent la majorité des assurés sociaux. Ils doivent faire face à des évolutions démographiques de grande ampleur qui fragilisent leurs perspectives financières.

En premier lieu, leur phase de montée en charge est désormais achevée. La mise en place de ces régimes s'est traduite, dans l'après-guerre, par une absence de contrainte financière, puisque tous les actifs cotisaient alors que les dépenses de prestations correspondant aux droits ainsi créés n'augmentaient que progressivement à mesure des départs en retraite. Mais cette phase de transition d'une quarantaine d'années, qui correspond à la durée de la carrière d'un nouveau retraité ayant cotisé depuis son entrée dans la vie professionnelle, est désormais arrivée à son terme : depuis la fin des années 1980 au régime de base et depuis le début des années 2000 à l'AGIRC-ARRCO (l'affiliation des salariés aux régimes complémentaires n'ayant été rendue obligatoire que par une loi de 1972 et un accord interprofessionnel de 1973). En tout état de cause, une croissance plus dynamique qu'aujourd'hui de l'activité, de l'emploi et des rémunérations a permis alors de financer plus facilement les pensions.

Par ailleurs, l'espérance de vie des hommes comme des femmes a augmenté rapidement : à la naissance, celle des hommes est passée de 59,9 ans en 1946 à 79 ans en 2015, celle des femmes de 65,2 ans en 1946 à 85,1 ans en 2015. En particulier, l'espérance de vie à 60 ans, qui présente le plus d'intérêt pour l'analyse des retraites, a connu une amélioration sensible et se situe aujourd'hui à environ 25 ans[395]. Alors que la transition épidémiologique et l'efficacité croissante de la lutte contre les maladies infectieuses avaient principalement fait reculer les décès avant 60 ans, les évolutions récentes[396] contribuent à la réduction de la mortalité à des âges plus élevés.

[395] 22,9 ans pour les hommes, 27,3 ans pour les femmes.

[396] En particulier les innovations ayant permis de réduire la mortalité due aux affections cardio-vasculaires, dans le domaine thérapeutique mais aussi du fait de la rapidité des prises en charge et des changements de comportements.

Ces tendances devraient se poursuivre au cours des décennies à venir. Dans le cadre du dernier exercice de projection de population réalisé en 2010, l'INSEE, extrapolant les évolutions passées, a retenu l'hypothèse centrale d'une espérance de vie à la naissance des hommes de 86 ans et de 91,1 ans pour les femmes en 2060. L'espérance de vie à 60 ans s'élèverait pour les hommes à 28 ans et à plus de 32 ans pour les femmes (soit un gain de près de 5 ans par rapport à aujourd'hui). En 2060, un tiers de la population française aurait 60 ans ou plus, contre moins du quart aujourd'hui, soit plus de 23,5 millions de personnes[397].

Au total, la stabilisation du nombre des naissances, l'arrivée à l'âge de la retraite des générations d'après-guerre, l'allongement de l'espérance de vie, en particulier à 60 ans, ont contribué à dégrader le rapport démographique[398] entre le nombre de personnes de 60 ans et plus et celui des personnes de 20 à 59 ans.

Cet indicateur, qui était de 3 personnes de 20 à 59 ans pour une personne de 60 ans et plus en 1960, est passé à 2,5 en 2006, et continuerait à baisser rapidement pour s'élever à 1,6 en 2030, puis plus modérément jusqu'en 2060, où il atteindrait 1,4. Cette mutation d'ampleur a nécessairement une forte incidence sur l'évolution des régimes de retraite des salariés du secteur privé. Pour maintenir leur pérennité et éviter toute remise en cause du pacte entre générations qui fonde les systèmes en répartition, pouvoirs publics et partenaires sociaux ont été conduits à des réformes successives depuis le début des années quatre-vingt.

B - Une dynamique de réformes distincte selon les régimes

Le tableau ci-après met en regard les principales réformes mises en œuvre aux deux étages des retraites des salariés du secteur privé depuis 1993.

[397] Et 16,2 % pour ceux ayant 75 ans ou plus, ce qui correspondrait à un doublement par rapport à la situation actuelle.

[398] Cet indicateur est proche du rapport entre le nombre de cotisants et le nombre de retraités, mais en diffère de par l'effet du taux d'emploi et de l'âge effectif d'entrée et de sortie de la vie active.

Tableau n° 64 : principales mesures ayant affecté la retraite des salariés du secteur privé

Régime général	AGIRC-ARRCO
Loi du 22 juillet 1993 : confirmation de l'indexation sur les prix (et non plus les salaires) des retraites et des salaires pris en compte pour les calculer (depuis 1987), prise en compte des salaires des 25 meilleures années (et non plus des 10 meilleures), passage progressif de 37,5 à 40 ans de la durée d'assurance requise pour une retraite à taux plein et mesures de financement (hausse des cotisations affectées à la CNAVTS et affectation de CSG au FSV).	Accords de 1993, 1994 et 1996 : organisation de la décroissance du rendement des cotisations de 1994 à 2000 par une sur-indexation du prix d'achat du point par rapport à l'inflation**,** une évolution de la valeur de service du point au plus égale à l'inflation et par l'augmentation des taux de cotisation et du taux d'appel.
Loi du 21 août 2003 : augmentation de la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une retraite à taux plein en fonction de l'espérance de vie (41,5 ans pour les générations nées à partir de 1957), création d'une surcote, ouverture de possibilités de départ anticipé à la retraite avant 60 ans et hausse des cotisations à partir de 2006.	Accord du 13 novembre 2003 : majoration de cotisation AGIRC à compter du 1er janvier 2006 et instauration d'une solidarité entre régimes AGIRC et ARRCO.
Loi du 9 novembre 2010 : augmentation progressive (d'ici à 2017 pour les générations nées à partir de 2015) des bornes d'âge pour l'ouverture des droits, de 60 à 62 ans, et le taux plein, de 65 à 67 ans.	Accords de 2008 et 2009 : prorogation de dispositifs antérieurs (taux d'appel inchangé, indexation sur l'inflation). Accord du 18 mars 2011 : sous indexation des prestations par rapport aux salaires, sans que leur évolution soit inférieure à l'inflation, ainsi que du salaire de référence afin de maintenir constant le rendement instantané du point. Réforme et harmonisation des majorations pour enfants.
Décret du 2 juillet 2012 : extension des possibilités de départ avant l'âge légal pour les carrières longues et hausses de cotisations pour les financer**.** Loi du 20 janvier 2014 : augmentation des cotisations de 0,3 point d'ici 2017, poursuite de l'allongement de la durée d'assurance requise pour le taux plein (43 ans en 2035 pour les générations nées à partir de 1973) et report de la revalorisation annuelle, en fonction de l'inflation, d'avril à octobre.	Accord du 13 mars 2013 : sous-indexation des prestations (1 point en deçà de l'inflation sans baisse nominale) et des salaires de référence en 2014 et 2015 et décalage des revalorisations de la valeur de service du point d'avril à octobre. Augmentation des taux de cotisation AGIRC et ARRCO (de 0,10 % pour chaque tranche en 2014 et 2015). Accord du 30 octobre 2015 : sous-indexation des prestations (1 point en deçà de l'inflation) en 2016, 2017 et 2018 et sur-indexation du salaire de référence. Application de la cotisation AGFF, destinée à financer le report de la retraite à 65 ans, à la tranche C. Augmentation du prix d'achat du point. À partir de 2019 (générations nées à partir de 1957), bonus-malus (coefficients majorants et de solidarité) en fonction de la date de départ en retraite, retardée ou anticipée, par rapport à l'âge du taux plein, et hausse des taux d'appel et de cotisation.

Source : Cour des comptes.

1 - Des réformes du régime de base menées de manière discontinue

Dans le régime de base, les réformes se sont déployées en trois temps :

- une vague inaugurale de mesures de grande ampleur portant la marque d'une réelle capacité d'anticipation. Dès avril 1991, le « Livre blanc sur les retraites » a mis en lumière les grandes difficultés financières à venir du système de retraite du fait des évolutions démographiques[399] et de paramètres devenus trop généreux, les régimes construits après la guerre arrivant à maturité[400]. Dès lors, ont été mises en œuvre en 1993 plusieurs mesures importantes portant sur différents paramètres et concernant aussi bien les pensions déjà attribuées que les pensions futures (confirmation de l'indexation sur les prix, et non plus sur les salaires, des pensions et des salaires pris en compte pour leur calcul, salaires retenus sur la base des 25 et non plus des 10 meilleures années, allongement de la durée d'assurance pour bénéficier du taux plein) ;
- un second ajustement de dimension plus limitée, par la loi du 21 août 2003, fondé principalement sur la poursuite de l'augmentation de la durée d'assurance requise pour le taux plein en fonction de l'accroissement de l'espérance de vie moyenne à 60 ans (prolongée progressivement par la loi puis par décrets jusqu'à 41,5 années pour les générations nées à partir de 1957) et sur une hausse de cotisations à compter de 2006. Cette loi innovait en termes de pilotage du régime de base. En effet, les paramètres de la réforme avaient été fixés afin de stabiliser le rapport entre la durée de la carrière et la durée de la retraite, dans la perspective d'une poursuite de l'augmentation de l'espérance de vie, en faisant évoluer la durée d'assurance requise pour le taux plein parallèlement à cette dernière ;
- à ces deux premières périodes de réforme, distantes de dix années, a succédé une troisième phase (2010-2014), durant laquelle des réformes substantielles se sont enchaînées rapidement, jouant principalement sur la durée d'assurance requise (pour l'obtention du taux plein) et les bornes d'âge (pour l'ouverture des droits et l'obtention d'une pension de retraite à taux plein à défaut de satisfaire la condition de durée d'assurance). En quatre ans, ces règles ont été modifiées à trois reprises : dans un premier temps

[399] En particulier l'allongement de l'espérance de vie et la fin du « *baby-boom* ».

[400] Un régime par répartition arrive à maturité lorsque les générations partant à la retraite ont accumulé des droits correspondant à toute une carrière effectuée dans ce régime.

(2010), par le décalage de l'âge d'ouverture des droits et de celui du taux plein[401] ; dans un second temps (2012), par l'élargissement du dispositif propre aux carrières longues afin de compenser l'effet de la mesure précédente sur les personnes ayant commencé à travailler tôt ; dans un troisième temps (2014), par un nouvel allongement de la durée d'assurance nécessaire à l'obtention d'une retraite à taux plein. Ces modifications s'inscrivent dans des temporalités différentes : la loi du 9 novembre 2010 et le décret du 2 juillet 2012 montent en charge rapidement, la loi du 20 janvier 2014, pour ses dispositions qui affectent le calcul des pensions, prévoit une modification plus progressive des paramètres concernés.

Des hausses de cotisations sont également intervenues à l'occasion de chacune des trois vagues de réformes (en 1993, 2006 et 2014).

À l'exception du changement du mode d'indexation des retraites, les efforts ont été supportés pour l'essentiel par les actifs (hausses de taux de cotisation) et par les retraités futurs (augmentation de la durée d'assurance requise pour une retraite à taux plein, de l'âge d'ouverture des droits et de celui du taux plein à défaut de satisfaire la condition de durée d'assurance, modification du mode de calcul de la rémunération prise en compte pour la liquidation de la pension). De mêmes générations ont parfois assumé ces efforts d'abord en tant que cotisants, puis comme retraités.

Également confrontés au besoin de réformer leur système de retraite, d'autres pays, tels l'Allemagne, ont au contraire choisi de faire peser une part importante de l'ajustement sur les assurés déjà partis à la retraite (en termes réels, le montant des pensions de retraite déjà attribuées versées en Allemagne a baissé de 10 % depuis le début des années 1990), comme l'a relevé la Cour[402]. Toutefois, si les mesures de redressement financier des régimes de retraite ont relativement épargné les retraités en France, ces derniers ont également été mis à contribution dans le cadre des réformes du financement de la sécurité sociale, notamment par l'application de la contribution sociale généralisée sur les revenus de remplacement.

[401] La loi du 9 novembre 2010 prévoyait un recul des bornes d'âge d'ici à 2018, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a rapproché cette échéance à 2017. Dans la suite, on désigne comme « législation 2010 » ou « réforme 2010 » le dispositif qui en résulte.

[402] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité pour 2015*, chapitre XV : les systèmes de retraite en France et en Allemagne, p. 533-587, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

2 - Un processus d'ajustement plus continu dans les régimes complémentaires

L'équilibre financier des régimes complémentaires AGIRC-ARRCO a bénéficié des décisions d'allongement de la durée d'assurance et de recul de l'âge de départ en retraite à taux plein prises pour le régime de base. Au-delà, les partenaires sociaux ont également modifié à de nombreuses reprises les paramètres qui sont spécifiques à ces régimes, notamment ceux conditionnant le rendement des points acquis.

Les leviers d'ajustement dans les régimes complémentaires

En dehors de dispositifs visant à décaler l'âge de départ en retraite, introduits seulement récemment à l'AGIRC-ARRCO, ces leviers ont pour objet, comme au régime général, de modifier le calcul des pensions. Toutefois, les variables permettant d'ajuster, et de réduire, le niveau des pensions à durée d'assurance et cotisations données sont plus diversifiées dans les régimes complémentaires.

Les ressources des régimes sont déterminées en appliquant à l'assiette constituée par les rémunérations brutes des salariés :

- des taux de cotisation servant au calcul du nombre de points acquis. Ces taux varient selon la tranche de salaire et le secteur d'activité ;
- d'un « taux d'appel », c'est-à-dire d'un coefficient qui majore le montant de cotisations payées pour l'assuré sans pour autant lui permettre d'acquérir des points supplémentaires à prendre en compte à la liquidation de la pension. Il a été instauré afin d'accroître les recettes des régimes sans peser sur leurs charges futures[403].

Les pensions sont versées en contrepartie des points acquis à raison des cotisations ou attribués au titre de certaines périodes non travaillées. Leur montant est le résultat du produit de la valeur du point en vigueur à la date de la liquidation, soit le montant de pension auquel donne droit chaque point, et du nombre de points acquis au cours de la carrière. Pour chaque année de cette carrière, on calcule le nombre de points acquis en divisant le montant de cotisations versées par le « salaire de référence », qui correspond à la valeur d'achat du point.

[403] Par ailleurs, d'autres cotisations ne créent pas de droits mais ont pour objet de financer, depuis 1983, le coût de l'application du taux plein aux régimes complémentaires en faveur des salariés partant à la retraite avant 65 ans, demeuré l'âge de référence à l'AGIRC-ARRCO (cotisation AGFF).

Ce « salaire de référence » et la valeur du point évoluent chaque année en fonction des décisions des partenaires sociaux.

En renchérissant la valeur d'achat du point (c'est-à-dire le salaire de référence) et/ou en réduisant sa valeur de service (c'est-à-dire le montant de prestation auquel donne droit, au moment de la liquidation de la retraite puis durant toute celle-ci, un point « acheté » pendant la période de cotisation), on diminue le rendement des régimes, c'est-à-dire le rapport entre la valeur de service du point de retraite et le coût d'acquisition de ce dernier.

Pour réduire le rendement des cotisations, il est également envisageable d'augmenter le « taux d'appel » des cotisations (voir *supra*).

Les régimes complémentaires ont davantage pu adapter leurs paramètres de manière continue, en évitant les ajustements brutaux[404]. Cet état de fait est à relier pour partie à la structure par points de ces régimes, qui offre davantage de leviers d'action que les régimes par annuité (comme le régime de base), en particulier le prix d'achat du point[405] et le « taux d'appel » des cotisations. L'opinion publique est au demeurant moins sensible aux évolutions des régimes complémentaires qu'à celles du régime de base, qui ont un caractère central pour l'âge de départ à la retraite et la durée de cotisation dans le système de retraite pris dans son ensemble.

Ainsi, une dizaine d'accords se sont succédé depuis le début des années 1990, avec pour fil directeur l'organisation d'une trajectoire de baisse des rendements, accélérée et prolongée à chaque étape jusqu'en 2011 :

- dans un premier temps (1993-2001), le prix d'achat du point a été sur-indexé par rapport à l'inflation, la valeur de service du point a été gelée puis indexée à un niveau inférieur à l'inflation et le taux d'appel relevé, en provoquant ainsi une baisse de rendement des cotisations. Dans le même temps, ces dernières ont été relevées, ce qui a augmenté les recettes et permis aux assurés d'acquérir davantage de points et de maintenir le niveau de leurs pensions futures par rapport à la situation avant réforme ;
- dans un second temps (2003-2011), les mesures tendant à faire baisser le rendement des cotisations ont principalement reposé sur une hausse de la valeur d'achat du point (indexée sur les salaires) plus rapide que

[404] Cour des comptes, *Rapport public thématique*, Garantir l'avenir des retraites complémentaires des salariés (AGIRC et ARRCO*)*, décembre 2014, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.
[405] Montant des cotisations versées pour acquérir un point de retraite.

celle de sa valeur de service (indexée sur l'inflation), sans hausse sensible des cotisations.

- Puis, à partir de 2011, tous les accords ont prévu une sous-indexation des pensions par rapport à l'inflation, le rendement des cotisations étant maintenu constant par l'application d'une sous-indexation analogue de la valeur d'achat du point.

Dès lors, si les cotisants ont supporté une part prépondérante des ajustements, les assurés déjà à la retraite ont eux aussi été mis à contribution, davantage que dans le régime de base, d'abord dans les années 1990, puis de nouveau à partir de 2011, puisque les prestations seront indexées un point en deçà de l'inflation de 2014 à 2018[406].

À la différence du régime général, les régimes complémentaires AGIRC-ARRCO ne recourent pas à l'endettement. Les paramètres des régimes n'ont donc pas seulement été ajustés pour prévenir des déficits, mais aussi pour accumuler des excédents (par exemple, à partir de 1998) destinés à mieux faire face aux déséquilibres liés à la démographie comme à la conjoncture économique.

3 - Une interdépendance insuffisamment assumée entre régimes de base et complémentaires

La Cour a déjà souligné l'absence d'approche globale des retraites des salariés, impliquant le régime de base et les régimes complémentaires, l'État et les partenaires sociaux[407], et recommandé la mise en place d'une véritable coordination. L'analyse comparée des réformes menées renforce encore ce constat. De fait, durant cette période, les ajustements apportés aux deux étages de la retraite des salariés ont fait l'objet de négociations ou de concertations cloisonnées. De manière symptomatique, la CNAVTS et l'AGIRC-ARRCO ne retiennent pas le même jeu d'hypothèses pour réaliser leurs projections, la première s'appuyant sur les hypothèses de gains de productivité du travail et de taux de chômage du Conseil d'orientation des retraites (COR), la seconde retenant une autre variable, la masse salariale et des scénarios macro-économiques qui lui sont propres et plus prudents que ceux retenus par les pouvoirs publics.

---

[406] Cette mesure conserve à ce stade une portée limitée compte tenu d'une faible inflation. La situation est la même en Allemagne où le gouvernement a refusé la baisse nominale des pensions qu'aurait impliqué leur sous-indexation par rapport à l'inflation.

[407] Cour des comptes, *Rapport public thématique,* Garantir l'avenir des retraites complémentaires des salariés, décembre 2014, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Or, retraites de base et complémentaires des salariés sont indissociablement liées. D'une part, les réformes de l'une (base ou complémentaire) peuvent avoir des répercussions sur l'autre. Ainsi, un recul de l'âge d'ouverture des droits au régime général se traduit également par un recul de l'âge de liquidation au régime complémentaire. D'autre part, certains leviers utilisés pour réformer l'une réduisent d'autant les marges de manœuvre pour réformer l'autre. Ainsi, des hausses de cotisations du régime de base ou les mesures de sous-indexation prises par les régimes complémentaires à partir de 2011 peuvent rendre plus difficile l'adoption de mesures de même nature par l'autre régime, voire, à terme, impossible. À cet égard, un décret d'application de la loi de janvier 2014[408] a fixé un plafond global à la somme des taux de cotisations aux régimes de base et complémentaires[409], au-delà duquel le Comité de suivi des retraites[410] ne peut, dans le cadre de ses missions, proposer de hausse des taux de cotisation. Or, ce plafond est déjà presqu'atteint en 2016[411].

Cette interdépendance peut affecter les décisions. Ainsi, les gestionnaires des régimes complémentaires pourraient reporter certains efforts, en escomptant qu'une réforme à venir au régime général (par exemple, une augmentation des bornes d'âge) aura mécaniquement des effets favorables sur leur situation financière. Comme l'indiquait le rapport public thématique de la Cour précité, les mesures adoptées en mars 2013 ne pouvaient à elles seules garantir la soutenabilité des régimes à long terme. Les partenaires sociaux escomptaient de fait que la réforme du régime de base dont l'adoption était prévue pour la fin de l'année 2013 leur procure des leviers supplémentaires de redressement rapide, notamment par un durcissement des conditions d'âge ou de durée d'assurance. En sens inverse, l'accord d'octobre 2015 à l'AGIRC-ARRCO prévoit la mise en place à compter de 2019 d'une minoration de la pension si le salarié n'a pas travaillé un an au-delà de l'actuel âge d'ouverture des droits au régime général (62 ans), ce qui constitue une forme d'incitation à un relèvement de ce dernier.

[408] Décret du 20 juin 2014.

[409] 28 % pour le cas-type d'un salarié non-cadre du privé, à carrière ininterrompue, dont la rémunération mensuelle est égale au salaire moyen du tiers inférieur de la distribution des salaires.

[410] Le Comité de suivi des retraites a été créé par la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite. Il est composé de cinq personnes désignées en raison de leurs compétences en matière de retraite et est chargé de rendre chaque année un avis public portant sur les objectifs financiers et d'équité assignés au système de retraite. S'il considère que le système s'éloigne de façon significative de ces objectifs, il peut formuler des recommandations.

[411] 27,4 % (rapport du Conseil d'orientation des retraites, juin 2016).

A contrario, comme le relevait notamment la Cour à propos des modifications apportées au système des départs anticipés pour carrières longues, les pouvoirs publics prennent peu en considération les conséquences sur l'AGIRC-ARRCO des réformes qu'ils promeuvent au régime de base.

En définitive, l'absence de reconnaissance de l'interdépendance des régimes de base et complémentaires fait obstacle à une représentation et à un traitement globaux des enjeux de la retraite des salariés du secteur privé, ainsi qu'à la pédagogie nécessaire à la bonne appréciation de la nécessité et de l'importance des efforts globaux à accomplir pour assurer la soutenabilité des différents régimes.

C - L'effet différencié de l'ensemble des réformes mises en œuvre depuis 1993 sur la retraite des salariés

Menées dans une temporalité parfois heurtée et sans toujours de cohérence d'ensemble, les réformes des retraites des salariés du secteur privé ont eu des effets parfois différenciés sur la situation des assurés, en fonction de leur année de naissance (génération), de leur sexe ou du niveau de leurs revenus.

Leurs conséquences cumulatives sur les assurés et les retraités n'ont pas fait à ce stade l'objet d'une évaluation globale et complète dans toutes leurs dimensions. Néanmoins, il est possible, à partir des éléments d'analyse disponibles et complétés par les travaux demandés par la Cour, d'esquisser un bilan d'ensemble.

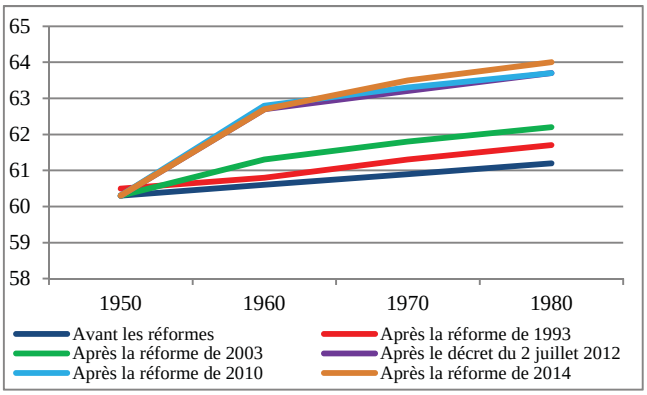
1 - Un recul à terme de près de 3 ans de l'âge moyen de départ en retraite

En 2015, une étude de la DREES a évalué l'effet des mesures engagées depuis 1993 sur l'âge moyen de départ en retraite, à l'aide de son modèle de trajectoire de carrières tous régimes[412]. Seules ont été prises en compte les réformes du régime de base, les accords modifiant les règles de l'AGIRC-ARRCO étant présumées avoir peu d'influence sur les décisions individuelles de départ en retraite[413].

[412] Études et résultats n° 915, « *Les réformes des retraites depuis 1993 augmentent à terme l'âge moyen de départ de deux ans et demi* », DREES. Il s'agit d'une estimation portant sur les assurés de tous les régimes français, ce qui ne crée qu'un biais limité s'agissant de la mesure de l'impact des réformes sur les salariés compte tenu du caractère prépondérant du régime général.

[413] Y compris les dispositions de l'accord de 2015 visant à inciter au report de la date de liquidation, voir *infra*.

Graphique n° 27 : effet des réformes du régime de base sur l'âge moyen de départ en retraite par année de naissance des assurés



Source : DREES, Études et résultats n°915.

Prises ensemble, les réformes repousseraient *in fine* (c'est-à-dire en l'occurrence pour les assurés nés en 1980) l'âge moyen de départ en retraite d'environ 2 ans et 9 mois, soit de 61 à 64 ans.

La loi de juillet 1993 n'aurait que des conséquences limitées (report de 4,7 mois pour la génération de 1980). Celle d'août 2003 (augmentation *in fine* de sept mois) aurait pour sa part, dans un premier temps, contribué à une baisse de cet âge moyen (réduction de 0,3 mois pour les assurés nés en 1950), compte tenu de l'ouverture de possibilités de départ anticipé à la retraite avant 60 ans pour les « carrières longues » (voir encadré). Plus de la moitié du report de l'âge moyen de départ en retraite serait imputable à la loi de novembre 2010 (augmentation d'un an et demi).

Le dispositif de retraite anticipée pour carrières longues

La réforme de 2003 a introduit, à compter du 1er janvier 2004, la possibilité pour les assurés ayant commencé à travailler jeunes de liquider leur retraite avant l'âge légal d'ouverture des droits, sous la condition de durées minimales respectivement validée et cotisée, tous régimes confondus. Ces différents paramètres ont évolué par la suite dans le sens d'un durcissement ou d'un assouplissement.

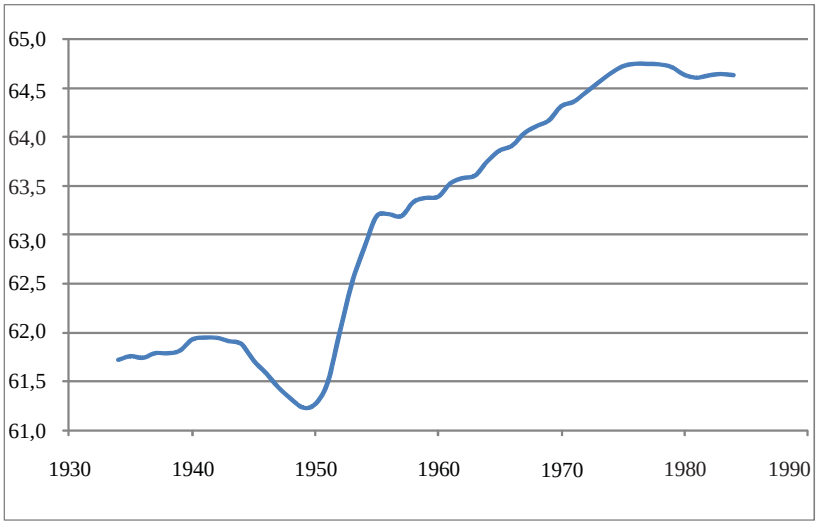
Initialement, la durée d'assurance validée totale requise pour un départ anticipé excédait de deux ans celle de l'obtention d'une retraite à taux plein, la durée effectivement cotisée exigée dépendant, elle, des âges de début d'activité et de liquidation de la pension : la même que pour le taux plein pour un départ à 59 ans, majorée d'un an pour un départ à 58 ans, de deux ans pour un départ à 56 ou 57 ans. Les bornes d'âge ont ensuite été décalées de 56-59 ans à 58-61 ans suite à la réforme de 2010. Une faculté de liquider sa pension à 60 ans pour un début d'activité avant 18 ans a par ailleurs été créée.

Le décret de juillet 2012 a facilité l'accès à la retraite anticipée en supprimant, pour les assurés à carrière complète à 60 ans, l'obligation de justifier d'une durée d'assurance validée supérieure à celle exigée pour le taux plein, à condition que leur activité ait débuté avant l'âge de 20 ans. De plus le nombre maximal de trimestres réputés cotisés[414], dont la définition a par ailleurs été élargie, a été porté de huit à dix.

Depuis l'instauration de possibilités de départ anticipé à la retraite en 2004, environ un million de personnes en ont bénéficié au régime général. En 2014, les départs anticipés, au nombre de plus de 150 000 à la CNAVTS, y ont représenté 24 % des liquidations, contre 3,7 % en 2009 (30 000), quand les conditions avaient été rendues plus restrictives.

Les assurés nés entre 1945 et 1950 apparaissent peu affectés par les dispositions visant à retarder l'âge de départ en retraite. En moyenne, ils partent même plus tôt. De fait, la remontée de l'âge moyen sera particulièrement rapide pour les générations suivantes.

Graphique n° 28 : âge moyen de départ en retraite observé et projeté à la CNAVTS en fonction de l'année de naissance



Source : CNAVTS, contribution au rapport du COR, février 2015.

[414] C'est-à-dire non cotisés effectivement, mais assimilés à des périodes de cotisation au titre de différentes situations rencontrées par les assurés (chômage, maladie…).

Par ailleurs, ces réformes, selon l'étude de la DREES, repousseraient davantage l'âge moyen de départ en retraite des hommes que celui des femmes (s'agissant de la génération née en 1980, de 35 mois pour les hommes contre 32 pour les femmes, car celles-ci continueront à bénéficier des majorations d'assurance accordées au titre de la maternité), ainsi que celui des salariés les mieux rémunérés (43 mois pour le quartile des rémunérations les plus élevées, contre 29 mois pour celui des plus faibles, s'agissant des hommes nés en 1980). En effet, l'augmentation de la durée d'assurance requise pour le taux plein contraint davantage les salariés plus qualifiés, entrés plus tardivement sur le marché du travail.

2 - Une incidence sensible sur le niveau des pensions

Peu d'études ont appréhendé l'impact total sur les montants unitaires de pensions des réformes intervenues dans le régime de base et dans les régimes complémentaires depuis 1993. Les analyses sur ce sujet se sont le plus souvent focalisées sur les effets propres des différentes lois de réforme du régime général, voire de certaines de leurs dispositions, sans toujours prendre en compte leurs répercussions sur les pensions versées par les régimes complémentaires. Parallèlement, les variations des montants de retraite induites par les accords intervenus au titre des régimes AGIRC-ARRCO ne sont pas systématiquement évaluées.

En revanche, certaines études se sont penchées sur les effets cumulatifs de différentes réformes. Ainsi, l'une d'elles a mesuré l'impact conjoint des réformes de 1993 et de 2003[415]. Elle a mis en évidence que la progression de la pension moyenne versée par la CNAVTS, qui se serait accrue de 38 % en euros constants entre 1993 et 2030 en l'absence de réformes, avait été ramenée à 17 % par la réforme de 1993 (soit 21 points de moins), puis à 9 % par celle de 2003 (soit 8 points de moins), ce qui confirme la prépondérance des effets de la réforme de 1993. En effet, cette dernière a combiné plusieurs dispositions ayant principalement affecté le calcul des pensions plutôt que l'âge de départ en retraite, à savoir le salaire annuel moyen, et la durée d'assurance nécessaire pour le

[415] « *L'impact des réformes de 1993 et 2003 sur les retraites - Une analyse à l'aide du modèle de microsimulation ARTEMIS* », document de travail n° 126 de l'INED, 2005.

taux plein[416]. La loi de 1993 pèse ainsi de manière sensible sur la pension moyenne dès les générations d'assurés nées entre 1945 et 1954 (-9 %), ce qui est moins le cas de celle de 2003 (-5 %). Ces deux réformes affectent toutes deux plus fortement les assurés les plus jeunes (-24 % pour la loi de 1993 et -10 % pour celle de 2003 pour les générations 1965 à 1970).

D'autres travaux privilégient des indicateurs d'impact global, prenant en compte à la fois les contributions des assurés au financement des régimes et les pensions reçues de ces derniers pendant toute la durée de leur retraite.

Une étude de l'INSEE[417] utilise un indicateur synthétique, le taux de rendement interne (TRI), qui est le taux d'actualisation implicite permettant, pour chaque génération, d'équilibrer en moyenne l'ensemble des prélèvements sociaux versés aux régimes de base et complémentaires[418] et les prestations reçues de leur part[419], sous l'hypothèse d'un départ en retraite de tous les assurés au taux plein.

Cette étude, pour les salariés du secteur privé[425], présente différents aspects de l'évolution du rendement des prélèvements affectés au financement des retraites de base et complémentaires.

À l'issue de l'ensemble des réformes menées dans les deux régimes, comme le montre la courbe « législation 2014 », le TRI décroîtrait en deux temps, d'abord rapidement entre la génération née en 1950 et celle de 1955 (de 2,5 % à 2 %), puis plus lentement, entre les générations 1955 et 1970 (à 1,8 %). Cette tendance reflète la moindre générosité de certains paramètres.

[416] La modification du mode d'indexation des salaires et des retraites, antérieure à 1993, n'était par ailleurs pas considérée comme une composante de la réforme de1993 dans cette étude.

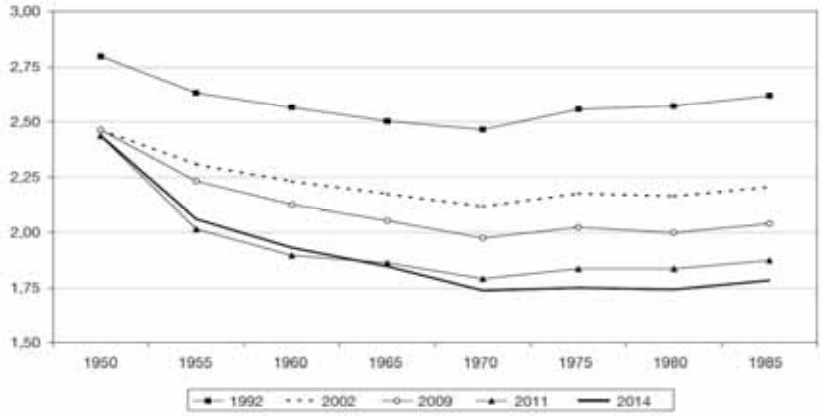
[417] Anthony Marino et Yves Dubois, Économie et statistique n° 478-479-480, « *Le taux de rendement interne du système de retraite français : quelle redistribution au sein d'une génération et quelle évolution entre générations ?* », 2015. Cette étude ne prend pas en compte les incidences de l'accord AGIRC-ARRCO d'octobre 2015.

[418] Les recettes prises en compte regroupent, au-delà des cotisations, l'ensemble des prélèvements supportés par les assurés qui concourent au financement des retraites.

[419] Le TRI diffère de la notion de rendement technique en vigueur dans les régimes complémentaires, qui rapporte la valeur de service du point au coût d'achat de ce dernier. En effet, cette notion ignore, par exemple, la durée de service de la pension.

Graphique n° 29 : taux de rendement interne par année de naissance des salariés du secteur privé, selon la législation en vigueur

En %



Lecture : la courbe « législation 2011 » permet d'isoler l'impact de la réforme de 2010, par différence avec la courbe « législation 2009 ». De même, la courbe « législation 2014 » permet d'identifier par différence l'effet combiné des réformes de 2012 et 2014, par comparaison avec la précédente (« législation 2011 »).
Source : INSEE.

Ce graphique illustre aussi plus particulièrement l'impact respectif de chacune des réformes du régime de base. Il permet de vérifier que la réforme de 1993 aurait un impact déterminant[420] et relativement uniforme sur toutes les générations étudiées, de même que celles de 2003 et 2014. En revanche, celle de 2010 réduirait davantage le TRI des assurés aujourd'hui les plus jeunes. Au total, le poids de l'ajustement, en recettes et en dépenses, pèse plus lourdement sur les générations de futurs retraités. Par contraste, les assurés nés en 1950, par exemple, auront été affectés par la seule réforme de 1993 et par aucune autre.

Au sein de cette évolution d'ensemble de la pension, certaines mesures mises en œuvre par les régimes complémentaires ont des effets moins divergents en termes d'équité intergénérationnelle. D'une part, les cotisations des actifs ont augmenté, parfois en contrepartie d'une amélioration des droits futurs (hausse des taux de cotisation), parfois sans leur permettre d'acquérir davantage de points (hausse du salaire de référence et du taux d'appel). D'autre part, les mesures de sous-indexation de la valeur de service du point concernent tant les pensions actuelles que futures.

[420] Il aurait, à lui seul, une ampleur équivalente à celui de toutes les autres réformes. Il convient de mettre ce constat en regard du fait que les règles antérieures conduisaient à un TRI supérieur au taux de croissance de l'économie à long terme, ce qui n'était pas soutenable.

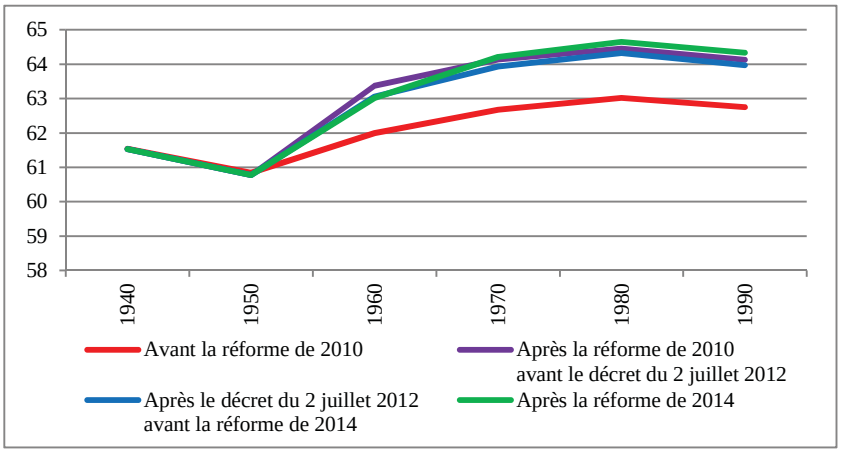
D - L'effet contrasté et complémentaire des réformes menées de 2010 à 2014 dans le régime de base

La Cour a été en mesure de mener des analyses plus poussées sur les réformes du régime de base intervenues entre 2010 et 2014.

1 - Un effet sur l'âge moyen de la retraite essentiellement lié à la réforme de 2010

L'augmentation, en 2010, de deux ans à la fois de l'âge minimum légal de départ en retraite (de 60 à 62 ans) et de celui de la retraite à taux plein (de 65 à 67 ans) aurait un effet légèrement moins fort sur les générations aujourd'hui les plus éloignées de la retraite, car celles-ci auraient de toute façon retardé la date de liquidation de leur pension pour bénéficier du taux plein, en raison notamment d'une entrée plus tardive sur le marché du travail. À l'instar de la plupart des réformes qui l'ont précédée, la loi de 2014, à l'inverse, a une incidence plus forte sur les générations les plus jeunes, du fait de la progressivité de sa montée en charge.

Graphique n° 30 : impact des réformes sur l'âge moyen de départ en retraite en fonction de l'année de naissance (hommes nés entre 1940 et 1990)



Source : CNAVTS.

Contrairement à celles qui l'ont précédée, la réforme de 2010 aurait là aussi un impact plus sensible sur les femmes que sur les hommes, entraînant, toutes choses égales par ailleurs, un décalage de 19,4 mois de l'âge de départ en retraite pour celles qui sont nées en 1980 (contre 16,5 mois pour les hommes), selon des données de la DREES. En effet, le relèvement de l'âge de départ en retraite, en rendant ce dernier moins sensible à la durée d'assurance nécessaire à l'obtention d'une retraite à taux plein, tend à écrêter l'avantage que constitue pour elles les trimestres accordés au titre de la maternité et de l'éducation des enfants. Au final, cet âge moyen convergerait à terme pour les deux sexes à près de 64 ans.

Par ailleurs, la loi de 2010 obligerait les salariés les moins bien rémunérés à reporter davantage, en moyenne, le moment de leur départ en retraite notamment parce qu'ils connaissent des carrières plus souvent discontinues. S'ils n'ont pas d'activité, ils sont incités à partir en retraite dès l'âge légal, dont ils subissent à plein le report sans acquérir pour autant de nouveaux droits. S'ils ont au contraire un emploi, ils prolongent leur activité jusqu'à atteindre l'âge d'annulation de la décote, afin de limiter les conséquences sur le montant de leur pension d'un nombre insuffisant de trimestres cotisés ou assimilés à des périodes d'assurance. La réforme de 2014, elle, aurait des effets plus homogènes selon les niveaux de rémunération.

2 - Des réformes qui auraient pour effet de modérer les incidences de l'augmentation de l'espérance de vie

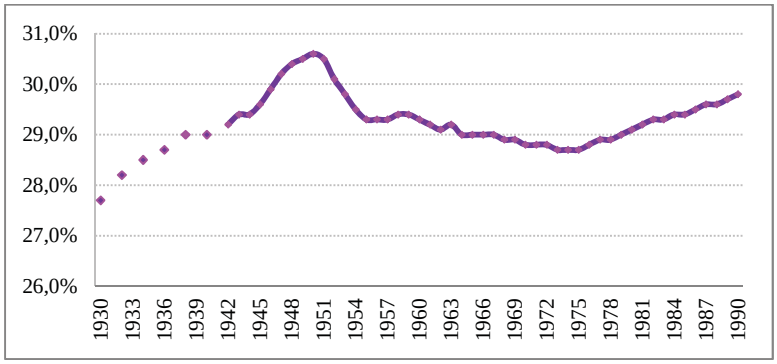
L'allongement de l'espérance de vie à 60 ans, évoqué plus haut, tend à augmenter la durée de la retraite rapportée à celles de la vie totale comme de la carrière.

Les réformes ont conduit à revenir sur une partie de la hausse dont ont bénéficié les assurés nés avant 1950, puis à stabiliser la part du gain d'espérance de vie consacrée à la retraite pour les vingt générations suivantes. L'élévation de l'âge moyen de départ en retraite suscitée par les réformes n'a donc pas pour effet de priver les retraités actuels et futurs d'une partie des gains d'espérance de vie, selon une proportion au moins égale à celle dont ont bénéficié les assurés nés en 1935.

a) Au regard de la durée de vie

Comme le montre le graphique ci-après, les générations nées entre 1930 et 1950 ont bénéficié d'une forte augmentation de leur temps de vie passé à la retraite. À compter de la génération 1950, l'effet très rapide de la réforme de 2010 décalant l'âge légal de départ en retraite puis l'effet davantage lissé dans le temps des réformes allongeant les durées de cotisation reviennent pour moitié sur cette augmentation. À partir de la génération 1954, la durée de la retraite en proportion de la vie totale se stabilise. À compter de celle de 1975, la durée de vie passée à la retraite repartirait à la hausse, l'allongement de l'espérance de vie n'étant plus compensé par la hausse du nombre de trimestres d'assurance.

Graphique n° 31 : durée de la retraite en proportion de la vie totale (tous régimes, moyenne par génération)



Source : Conseil d'orientation des retraites, rapport annuel, juin 2016. Scénario INSEE central de mortalité.
Cet indicateur, rapporte la durée de retraite[421] à la durée de vie totale, ce qui permet de neutraliser les effets de l'augmentation continue de l'espérance de vie.

Il est également important d'examiner l'évolution de l'espérance de vie *sans incapacité*[422], afin de s'assurer que le report de l'âge de la retraite ne s'accompagne pas d'une réduction de la durée de la retraite vécue dans de bonnes conditions. Sur ce point[423], on assisterait désormais

[421] Écart, par génération, entre l'espérance de vie à 60 ans et l'âge moyen de départ en retraite.
[422] À titre d'illustration, l'indicateur d'EVSI fondé sur l'absence de restriction d'activité générale (il en existe de nombreux autres) était, en 2008, à 65 ans, de 8-9 ans pour les hommes et de 9-11 ans pour les femmes.
[423] Source : « Tendances et disparités d'espérance de vie sans incapacité en France », E. Cambois, J.-M. Robine, INED, Actualité et dossier en santé publique n°80, 2012.

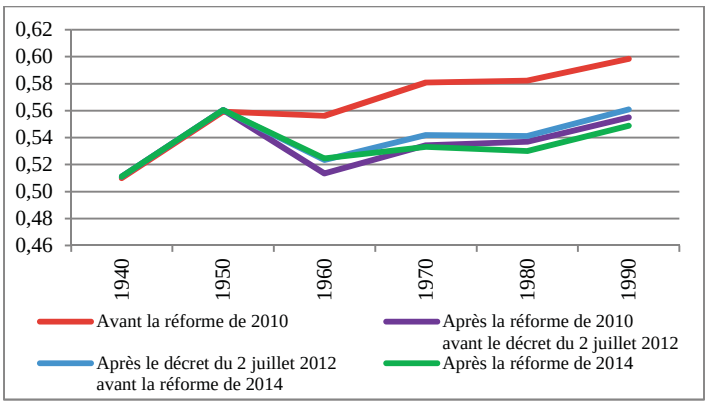
à une augmentation de la part des années d'incapacité dans l'espérance de vie totale pour les générations actuelles des 50-65 ans, qui continue à progresser. Cette question pourrait donc constituer à l'avenir un point d'attention pour la détermination de nouveaux ajustements des paramètres du système de retraite.

b) Au regard de la durée de la carrière

La réforme des retraites de 2003 avait fixé au système l'objectif de maintenir constant le rapport entre durée de la retraite et durée de la carrière[424], dans le contexte d'une poursuite de l'allongement de l'espérance de vie. Cette durée de la carrière relativement à celle de la retraite représente aussi un enjeu important au regard de l'objectif de soutenabilité, puisque ce type de ratio met en rapport les périodes, respectivement, de cotisation et de perception d'une pension.

Comme le montre le graphique ci-après, les réformes ont conduit à faire baisser puis à stabiliser ce rapport, qui a un caractère tendanciellement croissant du fait de l'augmentation de l'espérance de vie. La portée de sa réduction temporaire sur la situation des retraités appelle une appréciation nuancée[425].

Graphique n° 32 : évolution de la durée moyenne de la retraite par rapport à celle de la carrière en fonction de l'année de naissance (hommes nés entre 1940 et 1990)



Source : CNAVTS, hypothèses d'augmentation annuelle de la productivité du travail de 1,5 % et d'un taux de chômage de 4,5 %.

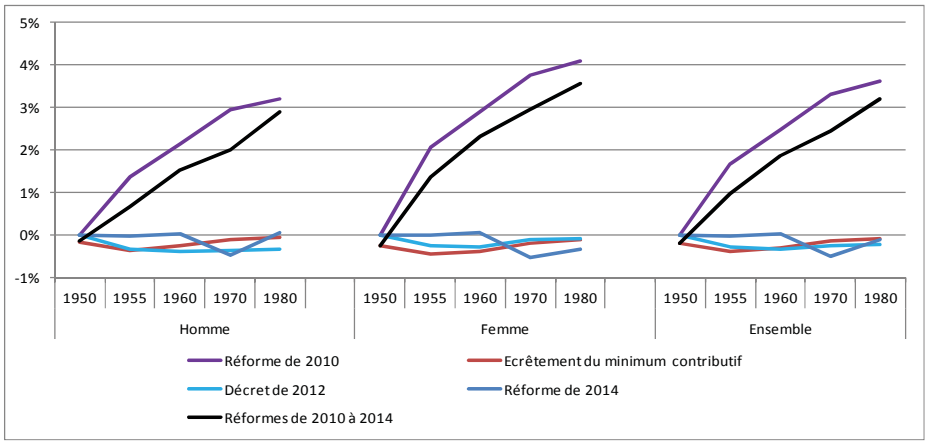
[424] Mesurée par l'écart entre la date de liquidation de la retraite et celle de l'entrée sur le marché du travail augmentée d'un an.
[425] Toutes choses égales par ailleurs, un allongement de la durée de la carrière conduit à la fois à faire baisser ce rapport et à augmenter la pension servie, ce qui représente une forme de « compensation » pour les intéressés.

3 - Des effets opposés sur le niveau moyen des pensions des réformes de 2010 et 2014

Comme le montrent les graphiques ci-après, la réforme de 2010 entraînerait une hausse tendancielle de la pension moyenne, un départ plus tardif à la retraite[426] procurant aux assurés, en moyenne, un salaire de référence plus élevé (régime de base) et un nombre accru de points (régimes complémentaires). Celle de 2014, en revanche, conduirait à faire diminuer la pension moyenne de manière progressive et dans une mesure limitée, une partie des assurés ne pouvant ou ne voulant pas décaler la date de leur départ en retraite afin d'éviter une baisse du montant de leur pension.

Graphique n° 33 : variation de la pension cumulée CNAVTS-AGIRC-ARRCO liée aux réformes récentes du seul régime de base[427]

En %



Champ : assurés du régime général nés en 1950, 1955, 1960, 1970 et 1980, y compris les bénéficiaires d'un versement forfaitaire unique. Somme des pensions du régime général et des régimes complémentaires AGIRC-ARRCO.
Source : DREES, modèle TRAJECTOIRE.

[426] L'augmentation de l'âge d'annulation de la décote peut toutefois se traduire par une baisse de certaines pensions.
[427] Ces estimations reposent sur des probabilités d'emploi par âge fondées sur les comportements observés à la suite du relèvement de l'âge minimal légal de départ en retraite.

L'effet positif de la réforme de 2010 sur le montant moyen des pensions apparaît un peu plus important pour les femmes et, selon les résultats de la DREES, pour les niveaux de salaires les plus élevés.

Pour sa part, l'effet négatif de la réforme de 2014 sur le niveau des pensions épargne les salariés les moins qualifiés. Notamment, ils bénéficient de l'assouplissement des conditions de validation de trimestres prévu par la loi de 2014 : le nombre d'heures équivalant au SMIC exigé pour valider un trimestre a été abaissé de 200 heures à 150, soit moins du tiers d'un temps plein effectif au SMIC.

La situation des personnes « hors emploi »

Les personnes « hors emploi », qui n'ont pas cotisé du tout entre 50 et 54 ans et sont supposées, dans le cadre des simulations de la DREES, ne pas reprendre d'activité avant la liquidation de leur pension, ne peuvent valider de trimestres supplémentaires. Partant à la retraite avec une décote plus élevée, elles sont particulièrement affectées par l'augmentation de la durée d'assurance et par celle de l'âge de départ en retraite à taux plein. Si l'on prend en compte, par ailleurs, le fait que la réforme de 2010 les oblige à différer leur départ en retraite de deux ans[428], le montant cumulé de pensions qu'elles perçoivent tout au long de la retraite diminuerait de 9,1 % (génération de 1980). Cette catégorie significative (15 % de l'échantillon de la DREES) comprend essentiellement des chômeurs de longue durée et des femmes au foyer ayant travaillé avant de s'arrêter définitivement (par exemple à la suite de la naissance d'enfants).

En définitive, la réforme de 2010 conduirait globalement à accroître le montant des retraites, en contrepartie d'un recul sensible de l'âge de liquidation, ces impacts de sens opposé sur le montant total des pensions servies sur l'ensemble de la période de la retraite tendant à se compenser. Pour sa part, la réforme de 2014 contribuerait à réduire le montant des pensions liquidées et à augmenter l'âge moyen de départ en retraite de manière chaque fois assez faible, mais ces effets se conjuguent, en revanche, pour limiter la progression de la masse des dépenses de prestations. Par ailleurs, les conséquences de la réforme de 2014 ont été plus uniformément réparties selon le sexe et le niveau de rémunération que celles de la réforme de 2010.

[428] Ne pouvant valider de trimestres supplémentaires, elles prennent leur retraite, en pratique, à l'âge d'ouverture des droits ou d'annulation de la décote.

Plus généralement, la temporalité et le contenu des réformes ont pu engendrer des disparités dans la répartition des efforts entre les générations, les hommes et les femmes et les niveaux de revenus. La mise en œuvre d'ajustements fondés sur une meilleure anticipation, davantage réalisés en continu, et prenant mieux en compte les effets différenciés des ajustements sur les différentes catégories de population, apparaît dès lors souhaitable.

E - L'effet des réformes propres à l'AGIRC-ARRCO : le rôle prépondérant de l'accord de 2015

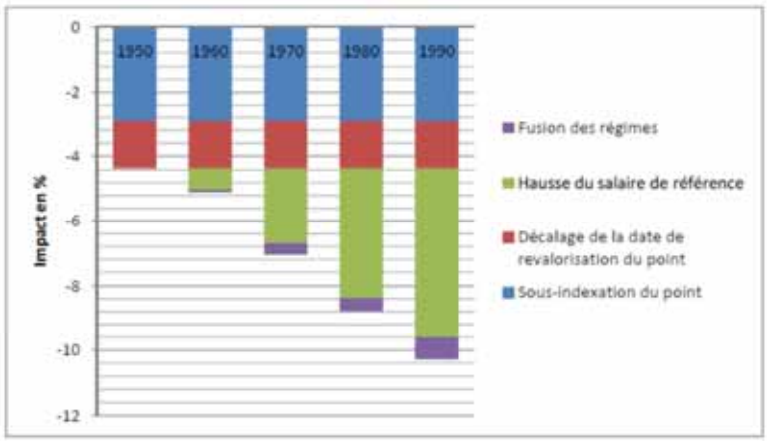
À la demande de la Cour, la DREES a évalué l'impact des accords interprofessionnels de mars 2011 et de mars 2013 sur le montant des pensions versées aux anciens salariés affiliés à l'AGIRC-ARRCO. Les mesures arrêtées affectant le niveau des pensions des retraités actuels comme futurs, cet impact est estimé sur le montant cumulé des pensions reçues sur l'ensemble du cycle de vie.

L'accord de 2011 a pour effet global une réduction de la pension cumulée AGIRC-ARRCO pour les hommes nés dans les années 1950 et 1960 ainsi que pour les femmes nées dans les années 1960 et une augmentation de cette même pension pour les assuré(e)s né(e)s plus récemment, ces variations étant cependant d'ampleur limitée (de -0,6 % à +0,6 % de la pension complémentaire). La modification des avantages familiaux attribués par ces régimes a pour effet que la réforme bénéficie plutôt aux femmes modestes, mais affecte les hommes les mieux rémunérés.

La sous-indexation de la valeur de service du point prévue par l'accord de 2013 implique, comme cela a également été le cas en 2011, une réduction immédiate du montant des pensions toutes choses égales par ailleurs, mais la sous-indexation de la valeur d'achat du point, comme la hausse des taux de cotisation, s'accompagnent aussi de l'accumulation d'un nombre accru de points. Les générations les plus anciennes subissent ainsi une légère perte (-0,5 % pour les assurés nés en 1950), tandis que les plus jeunes bénéficieraient d'un gain (+1,5 % pour ceux nés en 1980).

L'accord national interprofessionnel d'octobre 2015 devrait avoir des effets nettement plus sensibles que ceux de 2011 et de 2013 sur le niveau des pensions. Le décalage de la date de revalorisation et la sous-indexation du point mettent à contribution toutes les générations, y compris celles déjà retraitées ou qui le seront prochainement. En revanche, l'augmentation du prix d'acquisition du point, par le biais de la hausse du salaire de référence, épargne ces dernières et reporte dans une mesure importante la charge de l'ajustement sur les assurés nés à partir des années 1970. Pour ces générations plus jeunes, la perte qui résultera de la réforme de 2015 excèdera de beaucoup le gain limité qu'ils retireront de l'application de l'accord de 2013.

Graphique n° 34 : impact sur la pension annuelle moyenne AGIRC-ARRCO des mesures de l'accord d'octobre 2015 en fonction de l'année de naissance



Source : DREES, modèle TRAJECTOIRE.

Dans le cadre de l'accord d'octobre 2015, la mesure de « bonus/malus » sur l'âge du départ en retraite[429], qui constitue une nouveauté pour les régimes complémentaires, devrait avoir un effet limité sur l'âge de départ à la retraite en le décalant de 0,1 année en moyenne à partir de 2019[430] (d'après l'AGIRC-ARRCO et le secrétariat général du COR sur le fondement d'une étude de la DREES[431]). S'agissant de son impact sur le montant de la pension, dans l'hypothèse (*a priori* proche des comportements attendus) selon laquelle une partie des assurés ne décaleraient pas leur départ en retraite et accepteraient de ce fait une minoration de leur pension pendant trois années, la DREES estime à 1 % seulement la baisse du montant de la pension mesurée sur toute la durée de la retraite.

[429] L'application d'un coefficient de solidarité se traduit par une minoration de 10 % pendant 3 ans (dans la limite de 67 ans) de la retraite complémentaire dans le cas de pensions liquidées à l'âge du taux plein (sous réserve de certaines exceptions, notamment pour les retraités exonérés de CSG), à moins de décaler d'un an le départ en retraite. Les assurés qui reportent ce dernier de plus d'un an bénéficient pendant un an d'un coefficient majorant, croissant avec l'ampleur de ce décalage.

[430] La part des assurés ne différant pas leur départ en retraite atteindrait 95,2 % à l'AGIRC et 94 % à l'ARRCO, selon les évaluations conduites par celles-ci.

[431] COR, Séance d'avril 2016 « *Travaux d'approfondissement sur les indicateurs en vue du rapport annuel de juin 2016* », documents n°s4 et 5.

⁂

Les réformes du régime de base et des régimes complémentaires mises en œuvre depuis plus de vingt ans ont mobilisé l'ensemble des leviers disponibles, dans des proportions et selon des calendriers cependant distincts. Elles emportent des incidences significatives sur l'âge de départ à la retraite et le montant des pensions versées. Pour une part importante, ces effets se matérialiseront progressivement au cours des trois prochaines décennies, les ajustements ayant principalement porté sur les générations les plus éloignées de la retraite.

II - Un réel effort de redressement financier, la perspective de nouveaux ajustements

A - Des mesures à l'impact financier important, pour partie encore à venir

Les réformes qui se sont succédé depuis le début des années 1990 ont replacé le régime de base sur une trajectoire financière plus soutenable, mais ne l'ont pas empêché de connaître depuis 2005 des déficits récurrents, qui ne sont que partiellement imputables à la crise économique de 2008, puis à sa persistance. Elles ont de surcroît contribué à améliorer la situation financière des régimes complémentaires, qui ont cependant dû prendre des mesures supplémentaires de redressement en mobilisant leurs propres leviers.

1 - Le redressement de la trajectoire financière du régime de base

a) Une maîtrise accrue de la part des retraites de base dans le PIB

L'INSEE a cherché à décomposer l'effet des différentes réformes des retraites mises en œuvre depuis 1993 sur les perspectives d'évolution de la masse des pensions à long terme[432]. En l'absence de réformes, les retraites versées par l'ensemble des régimes auraient atteint, toutes choses égales par ailleurs, un niveau de 21 % ou de 22 % du PIB en 2060 selon le scenario économique retenu. Les réformes intervenues auraient pour effet que ce niveau ne dépasserait pas 15 % du PIB à ce même horizon selon les hypothèses macroéconomiques et démographiques les plus pessimistes (contre 14,2 % en 2014).

[432] A. Marino, « *Vingt ans de réformes des retraites : quelle contribution des règles d'indexation* ? », INSEE Analyses n° 17, avril 2014.

À la demande de la Cour, l'INSEE lui a fourni les données de cet exercice afférentes aux pensions versées par la seule CNAVTS.

Tableau n° 65 : évolution de la part dans le PIB des retraites versées par la CNAVTS à la suite des différentes réformes des retraites

En %

	2020	2030	2060
Législation 1992 avant réforme de l'indexation[433]	8,0	9,5	11,4
Réforme de l'indexation	6,9	7,6	8,3
Législation de 2009 avant réforme de 2010	5,9	6,4	6,6
Réforme de 2010	5,5	6,0	6,4
Après réforme de 2014	5,6	5,9	6,1

Source : INSEE, modèle Destinie 2, sur base d'un scénario de croissance annuelle de la productivité du travail de 1,3 % et d'un taux de chômage de 7 %.

S'agissant du seul régime général, les réformes mises en œuvre depuis 1993 conduisent ainsi à limiter sensiblement la hausse de la part des retraites dans le PIB. En prenant pour hypothèses une croissance annuelle de la productivité du travail de 1,3 % et un taux de chômage de 7 %, elle n'atteindrait que 6,1 % du PIB à l'horizon de 2060, au lieu de 11,4 % avant réformes et 5,4 % en 2015.

Sous ces hypothèses, la loi de 1993 représente une part déterminante de l'ajustement intervenu, en ayant notamment confirmé le passage d'une indexation sur les salaires à une indexation sur les prix des retraites attribuées et des salaires pris en compte pour le calcul des nouvelles retraites. Les réformes plus récentes représentent également un effort substantiel.

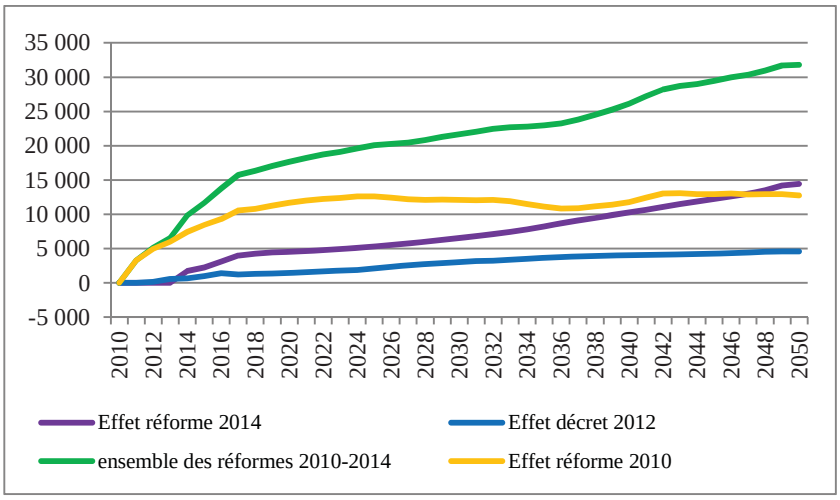
b) Un apport significatif des réformes récentes

En combinant l'effet des mesures prises sur les prestations et sur les recettes, le graphique ci-après synthétise l'impact des trois dernières réformes sur le solde de la CNAVTS.

[433] C'est-à-dire de l'indexation sur les prix, et non plus les salaires, des pensions et rémunérations portées aux comptes de carrière des assurés.

Graphique n° 35 : impact des différentes réformes sur le solde projeté de la CNAVTS

En M€ constants 2010



Source : CNAVTS.

La réforme de 2010 apparaît exercer dans un premier temps un effet prépondérant. Mais la portée de celui-ci se stabilise rapidement (autour de 2020), tandis que celle de la réforme de 2014 monte en puissance, au point d'avoir les conséquences les plus importantes à long terme. L'examen détaillé de l'incidence de chaque réforme sur les prestations et les recettes confirme, d'une part, que l'économie induite rapidement par le report de l'âge de départ en retraite à taux plein plafonne assez vite du fait de la hausse des pensions qui en découle et, d'autre part, que le redressement financier permis par la réforme de 2014 résulte principalement de la hausse des cotisations.

Bien que n'ayant pas eu pour objet de contribuer au rééquilibrage financier du régime, le décret de juillet 2012, qui a élargi les possibilités de départ anticipé à la retraite, contribue lui aussi au redressement du solde de la CNAVTS, car les pensions attribuées plus tôt sont moins élevées et, surtout, la hausse concomitante des cotisations dépasse le coût des départs anticipés en retraite. Selon une étude de la CNAVTS, le produit du relèvement des cotisations excède en effet la charge résultant des départs anticipés en retraite supplémentaires d'environ 100 % en 2014 et encore de 50 % en 2020.

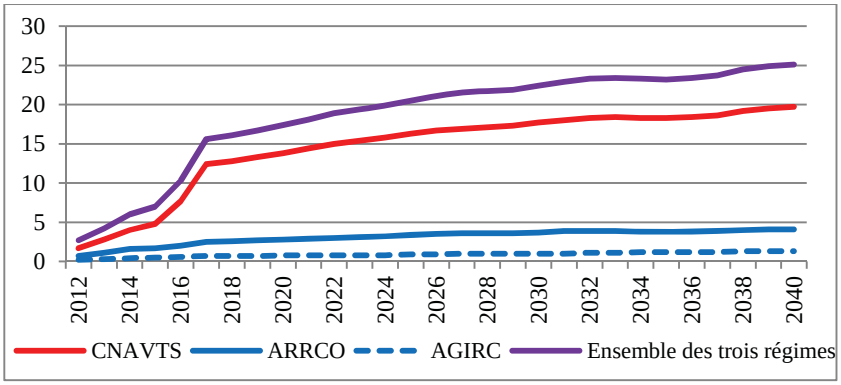
2 - Un redressement financier des régimes complémentaires principalement attribuable aux décisions des partenaires sociaux

a) Les conséquences favorables mais limitées des réformes du régime de base

En raison principalement de leur effet sur l'âge de départ en retraite, les réformes de 2010-2014 du régime de base ont eu des effets favorables sur la situation financière des régimes complémentaires. Des travaux de la DREES font cependant apparaître que cet impact est moins sensible que sur le régime de base lui-même.

Graphique n° 36 : effet des réformes du régime de base depuis 2010 sur les soldes techniques (prestations - cotisations) des régimes de base et complémentaires

En Md€ constants 2010

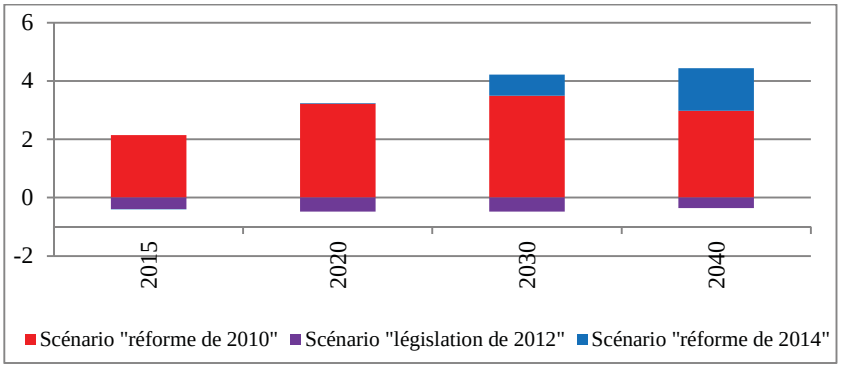


Source : DREES, modèle TRAJECTOIRE.

Le redressement financier des régimes complémentaires permis par ces réformes tient principalement à la loi de 2010, comme l'illustre l'exemple de l'ARRCO.

Graphique n° 37 : effet des réformes du régime de base sur le solde technique de l'ARRCO (prestations - cotisations)

En Md€ constants 2010



Source : DREES, modèle TRAJECTOIRE. Note de lecture : « réforme 2010 » : relèvement des bornes d'âge et durcissement des conditions de départ pour carrière longue ; « législation 2012 » : décret de 2012 sur les départs anticipés, financement de cette mesure et écrêtement du minimum contributif, « réforme 2014 » : loi de 2014 hors effet de la liquidation unique pour les régimes alignés.

b) L'incidence majeure des mesures additionnelles propres à l'AGIRC-ARRCO

Les régimes complémentaires ont pris en 2011, 2013 et 2015 des mesures additionnelles d'ajustement dont l'impact s'avère à terme deux fois plus élevé que les répercussions des réformes du régime de base.

Tableau n° 66 : impacts des principales mesures prises par les régimes complémentaires depuis 2010[434]

En M€ constants 2015

	2020	2030	2040
Accord du 18 mars 2011			
Économies sur prestations	420	540	440
Accord du 13 mars 2013			
Économies sur prestations	370	190	-310[435]
Surplus de cotisations	1 470	1 810	2 110
Total accord mars 2013	**1 840**	**2 000**	**1 800**
Accord du 30 octobre 2015[436]			
Économies sur prestations	2 600	3 350	4 350
Surplus de cotisations	1530	1 960	2 380
Total accord octobre 2015	4 130	5 310	6 730
Total des accords de 2011,2013 et 2015	**6 110**	**7 470**	**8 710**

Source : DREES.

Le dernier accord national interprofessionnel d'octobre 2015 concentre l'effort d'ajustement le plus important (de l'ordre des 2/3 d'ici à 2020 et des 3/4 d'ici à 2040). Ses composantes sont détaillées dans le tableau ci-après.

Tableau n° 67 : effets sur le solde de l'AGIRC-ARRCO des principales mesures de l'accord d'octobre 2015

En M€ constants 2015

	2020	2030	2040
Sous-indexation de la valeur de service du point	1 610	1 870	2 150
Décalage de la date de revalorisation des pensions	760	880	1 000
Dispositif de bonus/malus[437]	220	320	210
Hausse du salaire de référence (ou du prix d'acquisition du point)	10	280	990
Unification des régimes ARRCO et AGIRC	680	900	1 130
Hausse du taux d'appel sur les cotisations	850	1 060	1 250
Total	**4 130**	**5 310**	**6 730**

Source : DREES, modèle TRAJECTOIRE, scénario économique « variante 2 » de l'AGIRC-ARRCO.

[434] Ces données, qui ont pour source la DREES, peuvent différer des estimations rendues publiques par l'AGIRC-ARRCO sur la base d'hypothèses différentes, qui vont par ailleurs uniquement jusqu'en 2030.
[435] La sous-indexation de la valeur d'acquisition du point et la hausse des taux de cotisation se traduisent par une augmentation des pensions mais seulement avec retard, car ces mesures portent uniquement sur les points acquis après 2013.
[436] Hors économies de dépenses de gestion et d'action sociale.
[437] Sous l'hypothèse que les assurés ne repoussent pas la date de leur départ en retraite.

Comme précédemment indiqué, l'économie liée au dispositif de « bonus/malus » résulterait essentiellement de l'application effective du coefficient (minorant) de solidarité et non de son effet incitatif à un report de la date de départ en retraite, lequel serait très limité.

Au final, les ajustements se partagent à parts égales entre économies sur les prestations et hausses de cotisations, les premières étant prépondérantes dans l'accord de 2015, les secondes dans celui de 2013.

B - Selon le dernier programme de stabilité, un retour à l'équilibre encore différé

1 - À l'horizon de 2020, une perspective de retour à l'équilibre du régime de base contrariée par le déficit persistant du FSV

Pour apprécier correctement la situation financière du régime de base des salariés, il convient d'agréger celui du fonds de solidarité vieillesse (FSV) à celui de la CNAVTS. En effet, le FSV prend à sa charge une partie des avantages non contributifs servis par certains régimes de retraite, au premier rang desquels figure le régime de base des salariés du secteur privé.

Le fonds de solidarité vieillesse

Le fonds de solidarité vieillesse (FSV) a pour mission, à partir des ressources qui lui sont affectées (CSG, autres contributions sociales et autres impôts et taxes affectés), de financer une partie des avantages non contributifs de retraite en faveur des régimes de base de sécurité sociale : périodes assimilées à des périodes de travail cotisées (chômage, arrêts de travail, apprentissage, formation professionnelle des chômeurs), minimum contributif (pour la moitié de son coût réel) et prestations du minimum vieillesse.

Fonds de financement des régimes de retraite, le FSV est lui-même très insuffisamment financé, comme la Cour l'a souligné[438]. Compte tenu notamment des charges liées aux périodes de chômage, mais aussi des modifications apportées à ses modalités de financement, il connaît un déficit massif depuis 2009. Après s'être replié de -4,1 Md€ en 2012 à -2,9 Md€ en 2013, il a atteint -3,5 Md€ en 2014, puis -3,9 Md€ en 2015. Il pourrait se stabiliser à ce même niveau en 2016[439].

Malgré les recommandations de la Cour, il n'a en effet pas été mis fin au sous-financement structurel du FSV. Tout au plus, a-t-il été contenu au cours de la période récente par des mesures de réduction de ses charges[440]. Cette situation distingue le FSV de la CNAVTS, dont le déficit est passé d'un niveau maximal de -8,9 Md€ en 2010 à -0,3 Md€ en 2015.

Le solde de la CNAVTS est cependant en trompe l'œil. En effet, cette dernière comptabilise au titre de chaque exercice des produits relatifs aux concours financiers du FSV qui, à hauteur du déficit de ce dernier, ont pour contrepartie un à-valoir sur les produits de l'exercice suivant du FSV. Dès lors, le déficit de la CNAVTS est plus profond que celui affiché. Pour 2015, il s'élève ainsi à -4,2 Md€ (au lieu de -0,3 Md€).

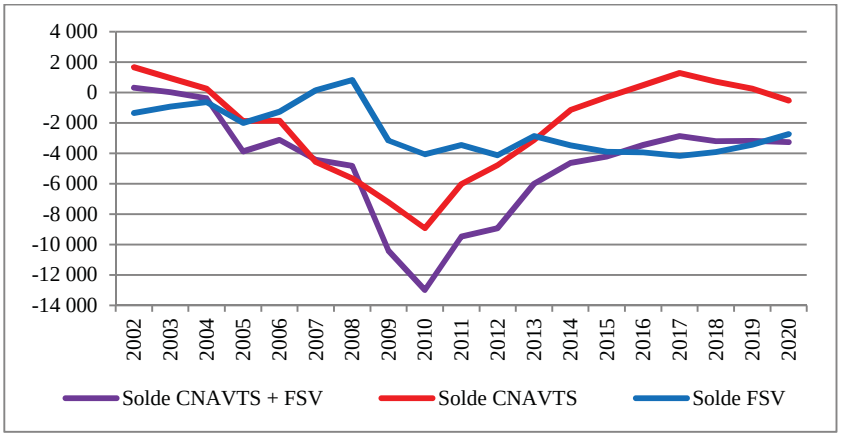
Afin de faire apparaître le montant véritable du solde de la CNAVTS, la Cour recommande de longue date d'intégrer le FSV au périmètre comptable de cette dernière.

Dans le scénario correspondant aux prévisions du gouvernement pour les quatre prochaines années qui a servi de cadre au programme de stabilité transmis en avril 2016 à la Commission européenne, subsisterait un déficit de l'ensemble CNAVTS - FSV de l'ordre de -3 Md€ environ à l'horizon de 2020. Il serait intégralement concentré sur le FSV.

[438] Voir également le chapitre I du présent rapport : la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un déficit en 2015 moindre que prévu, mais toujours élevé, une trajectoire de retour à l'équilibre incertaine.
[439] Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2016.
[440] À hauteur de 1,2 Md€ en 2015 (révision du mode de calcul des prises en charge de cotisations au titre du chômage) et de 0,4 Md€ en 2016 (baisse des prises en charge de prestations au titre du minimum contributif).

Graphique n° 38 : soldes de la CNAVTS, du FSV et global CNAVTS+FSV, observé et prévisionnel pour 2016-2020

En M€



Source : Cour des comptes, à partir de travaux effectués par le COR sur la base des données CNAVTS et FSV, juin 2016.

Le caractère relativement tardif et de moindre ampleur que dans d'autres pays confrontés à des difficultés analogues[441] de la réforme des retraites de 2003, puis l'ampleur des effets de la crise de 2008 sur les recettes sociales et le caractère très progressif du redressement financier du régime de base (CNAVTS et FSV) ont contribué à l'alourdissement de la dette sociale. Fin 2015, cette dernière s'établit à 156,3 Md€, dont 69,7 Md€, soit 44,6 %, imputables au régime de base.

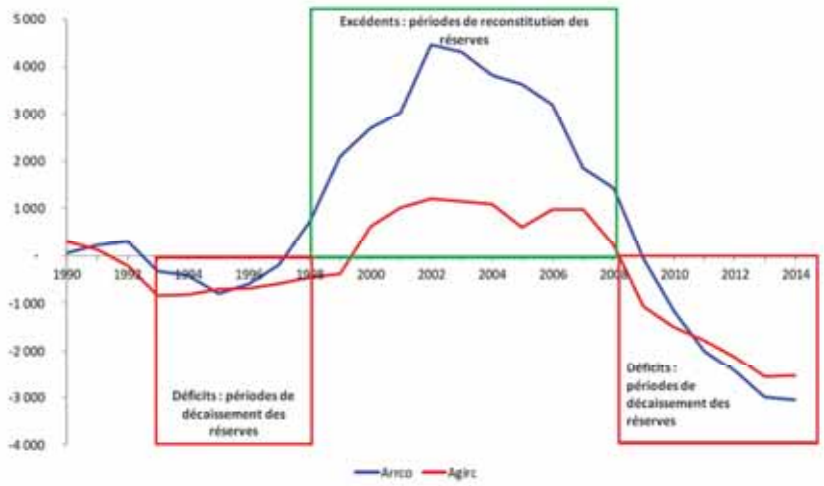
2 - La relative maîtrise à court terme du déficit de l'AGIRC-ARRCO

Ne recourant pas à l'endettement, l'AGIRC et l'ARRCO ont constitué des réserves financières en prévision des déficits à venir, en particulier entre 1998 et 2008. De fait, à partir de 2009, les déficits ont été comblés par des prélèvements sur ces dernières, comme le montre le graphique ci-après.

[441] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité pour 2015*, chapitre XV : les systèmes de retraite en France et en Allemagne, p. 533-587, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

Graphique n° 39 : évolution des soldes techniques de l'AGIRC et de l'ARRCO

En M€



Source : fédérations AGIRC, ARRCO, juin 2014.

Préalablement à la réforme d'octobre 2015, les projections réalisées par l'AGIRC-ARRCO en avril 2015 au titre d'hypothèses spécifiques[442], confirmant en cela les travaux antérieurs de la Cour, prévoyaient la poursuite de la dégradation des soldes, avec un déficit de -8,3 Md€ (en euros constants 2013) en 2020. À défaut de mesures de redressement, les réserves de l'AGIRC et de l'ARRCO, qui avaient atteint un niveau maximal de 60 Md€ en 2008, avaient vocation à se réduire rapidement pour s'épuiser au début des années 2020.

À la suite de l'accord d'octobre 2015, toujours sous les hypothèses retenues par l'AGIRC-ARRCO, le déficit prévu pour 2020 serait réduit à hauteur des trois quarts pour être ramené (en euros constants 2013) à -2,3 Md€[443]. Il serait comblé par un nouveau prélèvement sur les réserves.

[442] Dans le scénario dit « variante 2 » de l'AGIRC-ARRCO.
[443] Les projections du COR fondées sur les hypothèses du pacte de stabilité tablent, pour leur part, sur un retour à l'équilibre à l'horizon de 2020.

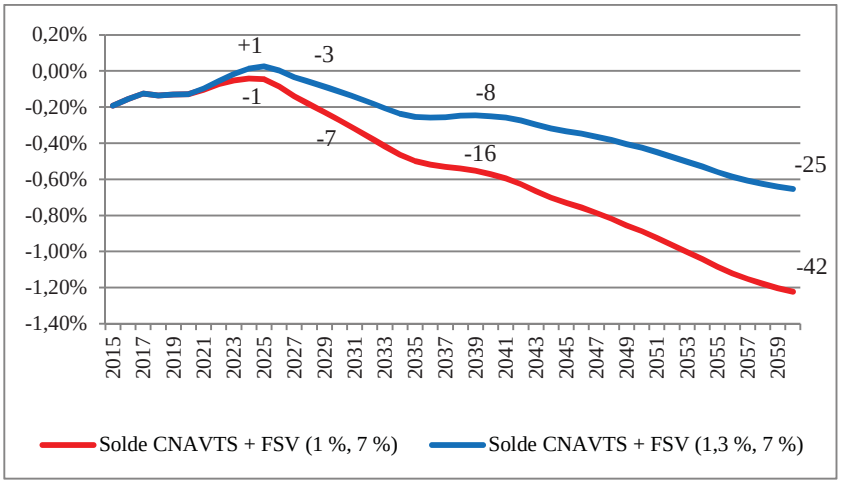
C - Des perspectives de déséquilibre financier à compter de la moitié ou de la fin des années 2020

1 - La réapparition de déficits au régime général dans certains scénarios

Comme le montre le graphique ci-dessous, dans un scénario prudent retenu ici par la Cour (croissance annuelle de la productivité du travail de 1,3 % et taux de chômage de 7 %) et *a fortiori* dans un scénario dégradé (croissance annuelle de la productivité du travail de 1 % et taux de chômage de 7 %), après une brève phase d'équilibre ou de quasi-équilibre au milieu des années 2020, le besoin de financement de la branche vieillesse du régime général s'alourdirait significativement après 2025 ou 2030[444].

Graphique n° 40 : solde projeté agrégé de la CNAVTS et du FSV, à l'horizon de 2025, de 2030, de 2040 et de 2060 dans deux scénarios

En % PIB (échelle de gauche) et Md€ constants 2015



Source : Cour des comptes d'après les données du COR, sous les hypothèses de gains annuels de productivité du travail de 1 % ou de 1,3 % et d'un taux de chômage de 7 %.

[444] Le choix de ces scénarios est justifié à la dernière partie du présent chapitre.

La sensibilité de ces soldes à l'hypothèse de croissance de la productivité du travail tient principalement à l'indexation sur les prix des salaires pris en compte pour calculer le montant des retraites et l'actualisation des retraites versées. Plus la croissance de la productivité du travail et donc des salaires (par hypothèse indexés sur celle-ci à long terme) sera forte, plus les recettes assises sur ces derniers seront dynamiques par rapport à la masse des prestations.

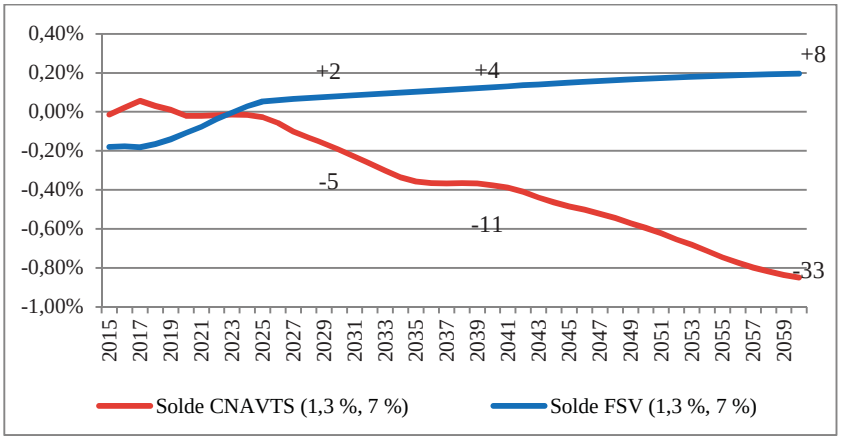
Avec une croissance annuelle de la productivité du travail de 1,5 %, le régime de base serait à l'équilibre à partir de 2020. Mais suivant une hypothèse plus prudente de 1,3 %[445], un déficit réapparaîtrait au cours de la seconde moitié des années 2020. Il se creuserait avant se stabiliser à 0,25 % du PIB au cours de la seconde moitié des années 2030, avant de se dégrader à nouveau après 2040 pour dépasser 0,6 % du PIB à l'horizon de 2060. Si la productivité du travail augmentait seulement de 1 %, le régime de base ne reviendrait pas à l'équilibre et son déficit s'aggraverait continûment pour atteindre 0,6 % du PIB en 2040 et 1,2 % en 2060. Contrarier la forte accumulation de dette sociale qui en résulterait exigerait alors la mise en œuvre d'actions correctives dès 2025, voire dès le début des années 2020 afin d'en lisser les effets sur les différentes générations de retraités.

Dans le détail, les évolutions du solde global (CNAVTS+FSV) résulteraient de mouvements en sens inverse des deux composantes : alors que le solde de la CNAVTS irait en se dégradant, celui du FSV deviendrait positif en 2025 du fait de l'atteinte d'un taux de chômage de long terme (7 % selon l'hypothèse envisagée ici) plus faible que son niveau actuel (10,2 % pour la France entière au premier trimestre 2016 suivant la définition du bureau international du travail[446]).

[445] L'hypothèse de gains de productivité du travail de 1,5 % sur longue période apparaît relativement optimiste (voir III-A-2 du présent chapitre).
[446] INSEE.

Graphique n° 41 : soldes projetés de la CNAVTS et du FSV, à l'horizon de 2030, de 2040 et de 2060 dans le scénario à 1,3 %

En % PIB (échelle de gauche) et Md€ constants 2015



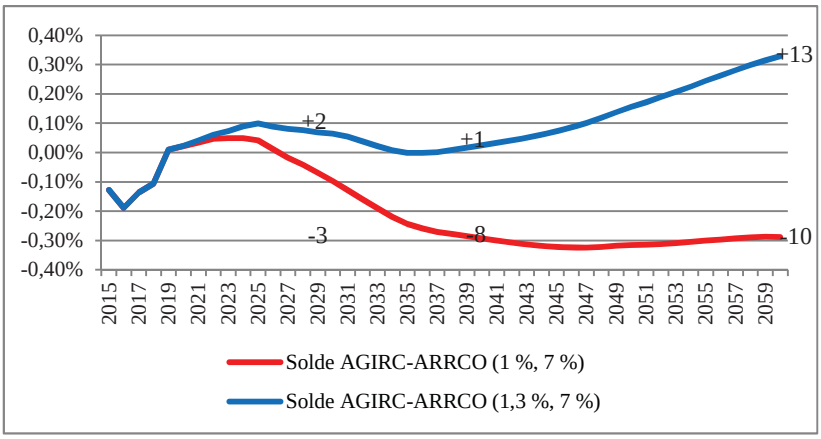
Source : Cour des comptes d'après les données du COR, sous les hypothèses de gains annuels de productivité du travail de 1 % ou de 1,3 % et d'un taux de chômage de 7 %.

2 - À l'AGIRC-ARRCO, un solde stabilisé à moyen terme

Les projections en parts de PIB des prestations des régimes complémentaires de retraite font apparaître que celles-ci seraient désormais stabilisées à l'issue des dernières réformes. En revanche, le solde projeté dépend de l'hypothèse de gains de productivité du travail.

Graphique n° 42 : solde projeté de l'AGIRC-ARRCO, à l'horizon de 2030, de 2040 et de 2060 (cotisations - prestations + produits financiers)

En % PIB (échelle de gauche) et Md€ constants 2015



Source : Cour des comptes d'après les données du COR, sous les hypothèses de gains annuels de productivité du travail de 1 % ou de 1,3 % et d'un taux de chômage de 7 %.

À l'horizon de 2030, selon que le taux de croissance annuelle de la productivité du travail serait de 1,3 % ou de 1 % (l'hypothèse de taux de chômage étant là aussi de 7 %), un léger excédent ou un léger déficit serait constaté (de l'ordre de 0,1 % du PIB). Par la suite et jusqu'en 2060, une croissance de la productivité du travail de 1,3 % suffirait à assurer un équilibre durable du régime. Si celle-ci était seulement de 1 %, le déficit apparu au cours de la seconde moitié des années 2020 se creuserait, avant de se stabiliser en 2040 aux alentours de 0,3 % du PIB. La soutenabilité financière des retraites complémentaires serait alors tributaire de la mise en œuvre de nouveaux ajustements par le régime de base ayant une incidence sur ces dernières ou d'ajustements qui leur seraient propres.

⁂

D'ici à 2030, les régimes de base et complémentaires connaissent ainsi des enjeux contrastés, mais dont les effets se cumulent. Dans un scénario fondé sur une croissance de la productivité de 1,3 % et un taux de chômage de 7 %, tous deux seraient à l'équilibre ou proches de l'équilibre à cette échéance, mais dans un scénario plus prudent (croissance de la productivité réduite à 1 %), tous deux s'en éloigneraient fortement. À plus long terme, les perspectives divergent. La situation financière de l'AGIRC-ARRCO tendrait à se stabiliser, mais sous la forme d'un important déficit dans un scénario défavorable. S'agissant du régime de base, le déficit s'aggraverait de manière continue dans les deux hypothèses de croissance de la productivité du travail envisagées, ce qui rendrait nécessaires de nouveaux ajustements.

L'examen de la soutenabilité à moyen et à long terme des régimes de retraite des salariés du secteur privé fait ainsi apparaître un risque de forte augmentation des déficits au cours de la seconde moitié des années 2020, tout particulièrement dans le régime de base. Cette perspective dépend, certes, des hypothèses économiques et démographiques retenues. Cependant, il convient également de prendre en compte le risque de réformes trop tardives présentant certains défauts observés par le passé, en particulier quant à l'équité de la répartition des efforts entre générations et à l'augmentation de la dette sociale.

III - Un cadre de cohérence global à mettre en place pour les évolutions futures

À l'examen des réformes menées désormais depuis plus de 20 ans, et dans la perspective de nouveaux ajustements qui s'avèreraient nécessaires, il convient d'établir un véritable cadre de cohérence pour le pilotage conjoint des régimes de base et complémentaires, comportant des projections fondées sur des hypothèses communes, une appréciation des enjeux à une échelle pertinente et des processus de décision propices à une adaptation en continu de leurs paramètres afin d'en assurer la soutenabilité financière à long terme. Ce cadre de cohérence bénéficierait à la fois à la concertation entre les parties prenantes et à l'information des citoyens et de leurs représentants.

A - Adapter les modalités de prévision

Le système actuel de pilotage des régimes de retraite repose sur les projections établies sous l'égide du Conseil d'orientation des retraites (COR). Cet organisme consultatif à la composition large et diversifiée[447], créé en 2000 et placé auprès du Premier ministre, tient de la loi la mission de réaliser les travaux visant à dresser des constats partagés sur le système de retraite. Ses rapports annuels et ses autres travaux d'analyse de la situation et de l'évolution des différents régimes de retraite, sous l'angle notamment de leurs perspectives financières et au regard de l'équité, ont contribué à l'amélioration de la transparence et de la pédagogie dans ces domaines, comme de la concertation entre les acteurs concernés.

[447] Il comprend 40 membres dont, outre le président, huit parlementaires, 16 représentants des partenaires sociaux, deux présidents d'associations, sept représentants des services de l'État et six personnalités qualifiées.

La qualité de ses travaux pourrait cependant encore sans doute gagner du point de vue de l'aide au diagnostic et à la prise de décision des pouvoirs publics si était envisagé un resserrement des scénarios macro-économiques servant de base aux projections des régimes.

1 - Un éventail d'hypothèses qui peut apparaître trop large pour aider efficacement la décision

Le COR combine des cibles de taux de croissance de la productivité horaire du travail et de chômage pour construire une série de cinq scénarios macro-économiques.

En matière de productivité, qui constitue le paramètre décisif, l'éventail des hypothèses s'est élargi. Ainsi, en 2012, il a été convenu d'étudier un scenario de gains de productivité défavorable (1 %) et un autre, reposant au contraire sur un retour à un niveau de gains de productivité supérieur à celui d'avant la crise (2 %), malgré l'absence d'indication que la croissance à long terme serait appelée à se redresser.

Tableau n° 68 : scénarios macro-économiques du COR servant à la projection des résultats des régimes de retraite

En %

Productivité de long terme (approximativement 2030)	Chômage de long terme (approximativement. 2030)[448]
2	7
1,8	7
1,5	7
1,3	7
1	7

Source : COR. Pour les années 2015 à 2019, les hypothèses sont celles du programme de stabilité.

L'élargissement de la fourchette des scénarios trouve une explication dans l'incertitude sur les conséquences potentielles de la crise (voir *infra*). Il a certes pour vertu pédagogique de montrer la sensibilité à diverses hypothèses de la soutenabilité du système de retraite mais rend plus difficiles la discussion et la décision.

[448] Chaque scénario de productivité comporte lui-même deux variantes fonction de taux de chômage à 4,5 % et 10 %.

En effet, selon les hypothèses, le système de retraite, et singulièrement le régime de base des salariés du secteur privé, connaîtrait de larges excédents, ou au contraire des déficits non soutenables. De ce fait, il devient malaisé de réunir un consensus sur le point de savoir si une réforme doit être mise en œuvre et dans quel sens, d'autant qu'il n'est pas mis en exergue de scénario le plus probable.

Dans ce contexte, le scénario qui figure au centre de l'éventail des hypothèses macro-économiques, soit une croissance annuelle de 1,5 % de la productivité du travail, demeuré inchangé malgré l'élargissement de celui-ci, tend à prendre *de facto* une place prépondérante[449], sans que les valeurs extrêmes qui définissent cet éventail aient été fixées pour que leur moyenne serve ainsi de référence. La Cour a d'ailleurs déjà relevé que les partenaires sociaux retenaient pour leur part à juste titre des hypothèses plus prudentes pour établir les prévisions financières à moyen / long terme de l'AGIRC et de l'ARRCO.

La question se pose ainsi de construire plutôt, et de manière explicite, une hypothèse centrale ou de référence permettant d'apprécier le besoin éventuel de nouveaux ajustements afin d'assurer la soutenabilité financière des retraites. Les variantes auraient quant à elles pour objet de conserver l'information, de nature pédagogique, sur la sensibilité de l'exercice de prévision au choix des valeurs retenues.

La responsabilité de la définition de cette hypothèse centrale devrait être confiée à un organisme indépendant, l'indépendance de cet organisme en la matière étant garantie par la loi.

[449] Il constitue la référence explicite des études d'impact des projets de loi sur les retraites ainsi que d'autres travaux de prospective relatifs aux finances sociales (ainsi les rapports du Haut conseil sur l'avenir de l'assurance maladie et du Haut conseil de la famille sur les aides aux familles de 2013).

Par ailleurs, l'horizon 2060 s'avère trop éloigné pour faciliter la mobilisation rapide des leviers permettant l'équilibre de moyen et long termes des régimes de retraite, tout en amplifiant mécaniquement la divergence des conséquences financières des différents scenarios. Ainsi que la Cour l'a déjà souligné[450], un horizon à 15/25 ans (2030/2040), plus pertinent pour la décision publique, devrait constituer le cadre principal de la présentation et la communication des projections financières, même si des prévisions à plus long terme restent nécessaires à l'examen de l'équité intergénérationnelle des évolutions liées aux réformes déjà mises en œuvre ou envisagées.

2 - Dans un contexte d'interrogations sur la croissance, un choix de bornes, haute et basse, qui apparaît relativement optimiste

La fourchette actuelle de cibles de productivité (1 à 2 %) retenue peut apparaître optimiste.

S'il n'existe pas de consensus entre économistes sur le niveau de long terme des gains de productivité et sur l'interprétation de leur baisse tendancielle observée depuis 35 ans dans les pays développés, y compris aux États-Unis, considérés comme précurseurs, celle-ci est bien documentée.

En effet, même en mettant à part les évolutions constatées depuis la crise de 2008, qui ne sont pas, ou seulement partiellement, représentatives de tendances à long terme, la productivité horaire du travail n'a cessé de ralentir, en France, par paliers successifs. Supérieure à 5 % dans les années 1950 et 1960, son augmentation dans notre pays n'était plus que de 3 à 4 % dans les années 1970, puis de 2 à 3 % dans les années 1980 et de 1,5 à 2 % dans les années 1990.

[450] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité pour 2015*, chapitre XV : les systèmes de retraite en France et en Allemagne, septembre 2015, p. 533-587, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Dans ce contexte, un retour à des gains de productivité horaire de 2 % paraît peu probable. Pour sa part, l'hypothèse de gains de productivité de 1,5 % est supérieure à la tendance d'avant la crise de 2008, alors que se font jour des interrogations sur l'éventualité d'une nouvelle décélération de nature structurelle à l'issue de celle-ci. Ainsi, l'OCDE retient pour la France un scénario de 1,1 % de gains de productivité annuels. Pour sa part, l'INSEE[451] a retenu deux bornes pour ses projections à moyen terme : 0,6 % en cas de rupture de la tendance antérieure ; 1,4 % en cas de retour à celle-ci.

Par ailleurs, s'agissant du court terme, le COR se place dans le scénario macro-économique servant à l'élaboration du programme de stabilité de la France, ce qui a conduit, sur la période récente, à une sous-estimation récurrente du besoin de financement lié aux retraites[452].

Dans le cadre du présent chapitre, la Cour a choisi dans ces conditions, d'accorder une attention particulière aux scénarios fondés sur des hypothèses de gains annuels de productivité du travail de 1,3 % et de 1 % (accompagnés dans les deux cas d'un taux de chômage de 7 %).

Les études d'impact des réformes : des travaux lacunaires

Pour la réforme de 2014 comme pour celle de 2010, les études d'impact se sont systématiquement placées dans le scénario de gains de productivité de 1,5 %, sans que la pertinence de ce choix ait alors été examinée. Les trajectoires financières présentées n'ont parfois pas tenu compte du FSV (réforme de 2010) et l'impact financier des mesures a souvent été indiqué sur une période trop courte pour en mesurer tous les effets (particulièrement pour la réforme de 2010, où il n'a été précisé qu'à un horizon de 10 ans).

De plus, pour aucune de ces réformes, les effets à en attendre sur l'âge de départ et sur le montant de la pension n'ont été explicités en vue du débat public, pas davantage que leurs conséquences en termes d'équité (taux de remplacement du dernier revenu d'activité, durée de retraite rapportée à la durée de la carrière ou de la vie, selon l'année de naissance ou le sexe), malgré l'importance de ces enjeux.

[451] De l'ordre de 1,4 % selon l'INSEE. Cf. « *Projections de croissance potentielle à moyen terme* », INSEE, 2016.

[452] L'exercice de projection réalisé en 2016 dans le cadre de la préparation de son rapport annuel a conduit à une révision à la baisse des déficits à l'horizon de 2020, mais ce principalement en raison de la prise en compte des effets de l'accord sur les retraites complémentaires d'octobre 2015.

En tout état de cause, l'analyse préalable de l'impact des accords nationaux interprofessionnels AGIRC-ARRCO sur la situation des assurés a généralement été moins poussée que celle des modifications des paramètres des retraites du régime général[453].

B - Mettre en place un pilotage concerté entre régime de base et régimes complémentaires de retraite des salariés

Aujourd'hui caractérisées par un cloisonnement entre le régime de base et les régimes complémentaires, les réflexions, les concertations et les négociations sur les retraites des salariés ne devraient plus être menées de manière séparée. En effet, les prestations de ces deux étages de protection sociale s'agrègent et sont financées de manière prépondérante sur une même assiette salariale. La réforme de l'un a nécessairement des répercussions sur l'autre, trop souvent ignorées.

Il importe ainsi de promouvoir une vision globale des enjeux des retraites des salariés du secteur privé. À cet égard, les travaux du COR pourraient encore plus régulièrement mettre en lumière leurs perspectives, tant en termes de trajectoire financière que de situation des cotisants et des pensionnés.

Il conviendrait au-delà, comme l'a déjà recommandé la Cour, de construire le cadre formalisé d'une instance de coordination commune. Cette instance permettrait à l'État, aux partenaires sociaux et aux gestionnaires des régimes concernés d'examiner ensemble de manière continue dans le temps les enjeux globaux des retraites des salariés du secteur privé[454] au regard notamment des quatre objectifs que la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite a assignés aux différents régimes :

- assurer aux retraités le versement de pensions en rapport avec les revenus qu'ils ont tirés de leur activité ;
- offrir aux assurés un traitement équitable au regard de la durée de la retraite comme du montant de leur pension, quels que soient leur sexe, leurs activités et parcours professionnels passés, leur espérance de vie en bonne santé, les régimes dont ils relèvent et la génération à laquelle ils appartiennent ;

[453] À l'exception de l'accord d'octobre 2015, voir *supra*.

[454] Le rapport public thématique précité recommandait ainsi d'« organiser une concertation systématique avec les partenaires sociaux sur l'évolution financière des régimes ».

- permettre une solidarité entre les générations et au sein de chaque génération, notamment par l'égalité entre les hommes et les femmes, par la prise en compte de périodes éventuelles de privation involontaire d'emploi, totale ou partielle et par la garantie d'un niveau de vie satisfaisant pour tous les retraités ;
- assurer la pérennité financière par des contributions réparties équitablement entre les générations et, au sein de chaque génération, entre les différents niveaux de revenus et entre les revenus tirés du travail et du capital.

Pour les salariés du secteur privé, ces objectifs ne sauraient être abordés régime par régime. Ils exigent nécessairement une vision transversale partagée qui fait aujourd'hui anormalement défaut.

C - Réformer les retraites de manière plus continue

1 - Déterminer par anticipation de manière concertée les modalités d'ajustement qui pourraient être mises en œuvre

Entre 1994 et 2009, soit en quinze années, une seule réforme a été mise en œuvre, en 2003, dont le caractère insuffisant est rapidement apparu. Par la suite, l'accélération du rythme des réformes, aux effets parfois rapides, parfois différés, portant sur des paramètres que les assurés peinent parfois à différencier (âge d'ouverture des droits, durée d'assurance, âge d'annulation de la décote) a pu contribuer à alimenter, à rebours de leurs objectifs, une forme d'anxiété et de doute sur la pérennité des retraites par répartition.

Les pouvoirs publics, réagissant parfois de manière tardive, ont pu accoutumer l'opinion à attendre une réforme de grande ampleur permettant de sauvegarder définitivement les retraites, au détriment d'adaptations plus graduelles et plus fréquentes. La succession même de réformes présentées chaque fois comme la dernière a pu susciter une moindre confiance des assurés dans la pérennité du système de retraite, alors même que celle-ci est de mieux en mieux assurée au fur et à mesure des réformes effectuées.

Pour autant, les adaptations mises en œuvre ne permettent pas, en elles-mêmes, de lever toutes les incertitudes sur l'équilibre financier de moyen / long terme des régimes de retraite des salariés du secteur privé. Ils doivent ainsi être à même de continuer à s'adapter aux évolutions macroéconomiques et démographiques.

Des progrès ont certes été réalisés en matière de pilotage. Pour le système de retraite pris dans son ensemble, la loi du 20 janvier 2014 a confié au Comité de suivi des retraites la mission de veiller à certains indicateurs de soutenabilité et d'équité du système de retraite, et de formuler, le cas échéant, des avis publics sur les adaptations nécessaires. S'agissant de l'AGIRC-ARRCO, l'accord d'octobre 2015 a posé les fondements d'un cadre de pilotage stratégique et tactique, qui reste cependant à préciser[455].

Pour autant, dans un cas comme dans l'autre, aucun examen des modalités d'ajustement prédéfinies n'a été instauré, si bien que des conflits en termes de partage des efforts risquent de ressurgir à chaque occurrence et que différents leviers de réforme pourraient, comme par le passé, se trouver mobilisés à tour de rôle sans vision de long terme.

En ce sens, intégrer sans retard, au fur et à mesure, les évolutions constatées, et tirer sans attendre les conséquences de certaines révisions quant aux perspectives de longue période, ne peut que renforcer la solidité financière des régimes de retraite par répartition et permettre une meilleure équité entre générations dans les efforts à consentir.

À cet égard, l'Allemagne a introduit, dès le début des années 2000, comme la Cour l'a souligné[456], un mécanisme d'ajustement des retraites prenant en compte la dégradation du rapport démographique, enjeu particulièrement déterminant pour notre voisin. Les pouvoirs publics ont cependant veillé à l'appliquer de manière pragmatique, afin notamment d'éviter des conséquences par trop sévères pour les retraités (comme une baisse nominale des pensions).

[455] Un pilotage stratégique sera conduit tous les 4 ans par les partenaires sociaux avec une étude des critères de soutenabilité (niveau de réserves équivalent à au moins six mois d'allocations, évolution du rapport de charges, fixation des divers paramètres). En outre, un pilotage tactique sera conduit annuellement par le conseil d'administration d'AGIRC-ARRCO avec des ajustements en tant que de besoin des paramètres (valeurs de point, salaires de référence…), dans les limites fixées par le pilotage stratégique.

[456] Cf. *ibidem*.

Dans la même optique, l'instance commune à l'État, aux partenaires sociaux et aux gestionnaires des régimes dont la création est proposée *supra*, pourrait être chargée de définir de manière concertée et par anticipation les modalités d'ajustement qui pourraient être appliquées en fonction de certains scénarios démographiques et économiques afin d'assurer l'équilibre financier des régimes de retraite en évitant tout retard par la voie de mesures cohérentes, équitables et progressives.

La définition *ex ante* de ces modalités d'ajustement laisserait entière la responsabilité des pouvoirs publics et des partenaires sociaux quant à leur application effective.

2 - Apprécier au préalable les incidences des différentes modalités d'ajustement envisageables

Sans ordre de priorité, les modalités d'ajustement envisageables des retraites des salariés du secteur privé portent sur l'âge légal de départ en retraite, la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une retraite à taux plein, les règles d'indexation des salaires et des retraites, les avantages non contributifs, le rendement des cotisations et l'assiette et le taux des prélèvements affectés au financement des retraites.

La détermination des modalités d'ajustement à privilégier devrait avoir pour préalable un examen approfondi de leur incidence respective et combinée sur les différentes parties prenantes : actifs, retraités et entreprises.

De ce point de vue, les pistes d'évolution suivantes, qui ne sont pas à considérer comme des recommandations de la Cour mais comme l'éventail des leviers d'ajustements paramétriques à la disposition des pouvoirs publics et des partenaires sociaux, mériteraient d'être affinées et discutées par le Conseil d'orientation des retraites tant dans leur incidence financière que dans leurs autres effets, comme celui-ci le fait déjà en partie pour le système de retraite considéré dans son ensemble.

Tableau n° 69 : impact financier de différents leviers d'ajustement

En Md€ 2010

Levier d'ajustement	Incidence sur la CNAVTS		Incidence sur l'AGIRC - ARRCO	
	Années 2020-2030	2040	Années 2020-2030	2040
Report d'un an de l'âge minimum légal de départ en retraite, de 62 à 63 ans[457]	2 Md€ (2020) 4 Md€ (2022)	2 Md€	1,8 Md€ (2022)	0,8 Md€
Report de deux ans de l'âge légal d'ouverture des droits de 62 à 64 ans[458]	2 Md€ (2020) 8 Md€ (2027)	5 Md€	1,2 Md€ (2020) 4 Md€ (2027)	2 Md€
Accélération de l'allongement de la durée d'assurance[459]	2 Md€ (2020)	0,6 Md€	1 Md€ (2028)	Légère perte
Accélération et nouvel allongement de la durée d'assurance à 44 ans	4 Md€ (2030)	4 Md€	2 Md€ (2030)	1 Md€
Hausse de 0,2 point du taux de cotisation au régime de base[460]	0,5 Md€ (2018) 1 Md€ (2020)	1,5 Md€ (2040)	-	-
Sous-indexation des pensions de base d'un point en deçà de l'inflation en 2018[461]	0,24 Md€ (2018) 0,94 Md€ (2019)	0,29 Md€ (2040)	-	-

Source : DREES.

Ces différents leviers ont en effet des impacts différents sur les assurés en fonction de leur année de naissance, de leur sexe et de leur niveau de revenu, comme l'analyse des effets des réformes l'a précédemment montré (voir *supra*).

[457] Mise en œuvre progressive par une hausse d'un trimestre de celui-ci par génération, entre celles de 1956 à 1959, tandis que l'âge d'annulation de la décote demeure, lui, inchangé (67 ans à partir de la génération née en 1955).
[458] Montée en charge d'un trimestre par génération entre celles de 1956 à 1963.
[459] Le rythme passant à un trimestre par génération (au lieu d'un toutes les trois générations), cette durée serait donc fixée à 43 ans dès la génération 1963 (au lieu de celle de 1973).
[460] Hausse de la cotisation sur la totalité du salaire, toujours sous la forme d'une prolongation des augmentations programmées, au-delà de 2017 et au même rythme.
[461] Le programme de stabilité communiqué par la France à la Commission européenne prévoit une inflation de 1 % en 2017, de 1,4 % en 2018 et de 1,7 % en 2019.

Ainsi, le recul des bornes d'âge d'ouverture des droits à la retraite et de départ à taux plein conduirait les femmes à reporter davantage leur départ en retraite que les hommes. En conséquence, la pension moyenne perçue dans l'ensemble des régimes augmenterait au fil des générations (atteignant un plateau de 2,5 % de plus pour les hommes à partir de la génération 1965 et de 3,5 % pour les femmes).

Au contraire, la pension moyenne diminuerait légèrement (de moins de 1 %), quel que soit le sexe des assurés, dans l'éventualité d'une accélération du rythme d'allongement ou d'une nouvelle augmentation de la durée d'assurance pour bénéficier d'une retraite à taux plein.

Quant à une sous-indexation ponctuelle des retraites en 2018, elle affecterait principalement les générations nées avant 1960, à hauteur de 0,6 % environ en moyenne de la totalité des pensions perçues au cours de la durée de la retraite.

Ces exemples soulignent toute l'importance d'une évaluation approfondie de ces effets différenciés très en amont de la décision.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Bien qu'interdépendants, les régimes de retraite, de base et complémentaires, des salariés du secteur privé ont été réformés selon des temporalités distinctes et de manière cloisonnée.

Pour le régime général, les pouvoirs publics, après les mesures prises en 1993, de réelle ampleur, ont attendu dix ans pour mettre en œuvre une autre réforme, en 2003, de fait insuffisante pour rééquilibrer le régime de base. À compter de 2010, le rythme de réformes s'est ensuite accéléré du fait de la dégradation rapide des perspectives démographiques et économiques.

Ces discontinuités et ces décalages ont conduit à des disparités dans la répartition des efforts entre générations. Ainsi, les assurés nés entre 1945 et 1955 bénéficient dans l'ensemble[462] *d'une situation plus favorable que leurs successeurs. À partir de la génération de 1955, les économies permises par la réforme de 2010 sont relativement mieux réparties puisqu'elles résultent d'un décalage subi uniformément par tous ; en revanche, les mesures de la réforme de 2014 pèsent davantage sur les*

[462] Mais non à tous égards. Ce n'est ainsi pas le cas quant à la durée de carrière, paramètre qu'il est toutefois difficile d'interpréter (voir *supra*).

générations les plus jeunes[463]*. Compte tenu de leurs modalités, les réformes ont également eu des effets différenciés selon le sexe et le niveau de revenus, les efforts induits par la loi de 2014 pesant moins sur les femmes et les salariés peu qualifiés.*

Comme celles du régime de base, les réformes des régimes complémentaires AGIRC et ARRCO ont principalement pesé sur les actifs et sur les retraités futurs par l'augmentation des cotisations, de leur taux d'appel et de la valeur d'acquisition du point. À la différence du régime de base, elles ont cependant plus fortement mis à contribution l'ensemble des parties prenantes, y compris les retraités.

Deux décennies de réformes ont contribué à ramener les régimes de base et complémentaires sur une trajectoire financière plus soutenable. Pour autant, elles laisseraient subsister des déficits au régime de base, voire dans les régimes complémentaires. Ainsi, dans le scénario macroéconomique examiné à titre principal par la Cour (croissance annuelle de 1,3 % de la productivité du travail et taux de chômage de 7 %), le régime de base connaîtrait des déficits importants à partir de 2030. Dans l'hypothèse d'un autre scénario également plausible (croissance de la productivité horaire du travail limitée à 1 %), les déficits augmenteraient de manière forte et rapide dès la seconde moitié des années 2020 dans le régime de base et à l'AGIRC-ARRCO.

Pour préparer les nouveaux ajustements que ces perspectives pourraient appeler, les pouvoirs publics devraient adopter un nouveau cadre de cohérence du pilotage des régimes de retraite des salariés, de manière à favoriser une approche transversale, coordonnée et progressive.

Il importe ainsi d'améliorer l'aide apportée à la décision par les travaux de prospective. L'éventail des scénarios étudiés aujourd'hui est devenu trop large et leur horizon temporel principalement retenu (2060), trop lointain, pour éclairer correctement la décision publique. L'impact des mesures envisagées sur la situation des assurés devrait être mieux pris en compte au stade de la prise de décision. De fait, les réformes de 2010 et de 2014 ont été adoptées sur le fondement d'études d'impact et de travaux d'analyse lacunaires.

[463] Au final, alors que le niveau de vie moyen des retraités en France est aujourd'hui plus élevé que celui du reste de la population, il lui deviendrait inférieur en 2060, de 6 % à 26 % selon le scénario macroéconomique retenu. L'effort contributif des cotisants actuels ne leur procurera donc pas le niveau de vie relatif que ce même effort finance aujourd'hui.

Il convient ensuite de tirer toutes les conséquences de l'interdépendance entre le régime de base et les régimes complémentaires. Les réformes doivent désormais être élaborées et promues dans un cadre de travail formalisé permettant l'appropriation commune et réciproque des enjeux et une coordination dans les ajustements qui pourraient s'avérer nécessaires à l'avenir.

Enfin, afin d'éviter des réactions trop tardives, et un report trop important des efforts sur les générations les plus jeunes ou une remontée de la dette sociale, il apparaît souhaitable de définir par anticipation, dans le cadre de travail formalisé précité, les modalités d'ajustement qui pourraient être utilisées par les pouvoirs publics et les partenaires sociaux au vu de la situation et des perspectives financières des régimes.

L'identification des leviers possibles et l'analyse précise et complète de leur incidence tant financière que plus largement sur la situation des assurés apparaissent en tout état de cause comme des préalables indispensables à la mise en œuvre de ces mécanismes rénovés de pilotage et d'ajustement.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

38. *fonder les prévisions financières des régimes de retraite sur l'élaboration par un organisme indépendant d'un scénario central assorti d'une ou deux variante(s) et privilégier à ce titre un horizon à 15/25 ans (2030/2040), tout en conservant la référence à un horizon plus lointain (2060) ;*

39. *organiser une concertation systématique entre l'État, les partenaires sociaux et les gestionnaires des régimes sur l'évolution financière des régimes de salariés du secteur du privé, les perspectives d'ajustements en résultant, et plus généralement le respect des objectifs fixés par la loi du 20 janvier 2014 dans le cadre d'une instance commune à créer ;*

40. *dans le cadre de cette dernière, déterminer par anticipation les modalités d'ajustement des paramètres des retraites des salariés du secteur privé qui pourraient être mises en œuvre afin d'assurer l'équilibre financier des régimes par la voie de mesures cohérentes, progressives, équitables et évitant tout retard ;*

41. *dans cette perspective, confier au Conseil d'orientation des retraites la mission d'identifier les modalités d'ajustement à la disposition des pouvoirs publics et des partenaires sociaux, d'analyser leur incidence financière et de mesurer leurs effets sur la situation des assurés au cas particulier des retraites des salariés du secteur privé.*

Cinquième partie

Dégager des gains d'efficience et améliorer les performances de la gestion

Chapitre X

La certification des comptes des régimes de base de sécurité sociale : une première étape réussie, de nouveaux enjeux

PRÉSENTATION

La certification des comptes consiste en l'expression par un auditeur externe indépendant d'une opinion écrite et motivée, formulée au vu des éléments probants qu'il a collectés, sur la conformité des états financiers aux règles et principes comptables qui leur sont applicables.

En application de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005, la Cour certifie, depuis l'exercice 2006, la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes annuels des organismes nationaux et des états financiers combinés[464] des branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a également prévu la certification par des commissaires aux comptes des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale autres que le régime général, à partir de l'exercice 2008[465].

Ces dispositions s'inscrivent dans un mouvement conduisant à la certification des comptes d'un nombre croissant d'administrations publiques.

De façon plus générale, la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 a introduit à l'article 47-2 de la Constitution le principe de régularité, de sincérité et de fidélité des comptes de l'ensemble des administrations publiques.

Les enjeux de la certification des régimes de base de sécurité sociale portent sur des masses financières représentant 520 Md€ de prélèvements sociaux et 490 Md€ de charges (soit respectivement 23,8 % et 22,5 % du PIB).

[464] Des comptes combinés sont établis entre des entités constituant un même ensemble, dont la cohésion ne résulte pas de liens de participation, mais de l'existence d'un contrôle juridique et financier exercé par un organisme national ou d'intérêts communs poursuivis par les entités concernées.

[465] Les comptes de certains organismes nationaux (CNIEG) faisaient déjà l'objet d'une certification sur une base volontaire.

Dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012[466]*, la Cour a dressé un premier bilan de la certification des comptes du régime général. Elle notait alors des progrès importants mais inégaux dans leur fiabilisation, la sécurisation des procédures de gestion et la maîtrise des risques d'erreurs de portée financière.*

Le bilan qu'elle établit aujourd'hui, à l'occasion du dixième exercice de certification des comptes du régime général, s'inscrit dans la ligne des travaux qu'elle a consacrés à la mise en place de la comptabilité générale de l'État[467]*, dont elle certifie également la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes. À la différence de l'État, la sécurité sociale est cependant dotée d'une seule comptabilité, établie en droits constatés, qui est reprise en comptabilité nationale dans le solde des administrations publiques notifié à l'Union européenne.*

Ce nouveau bilan couvre un périmètre plus étendu que le seul régime général, en incluant les neuf organismes nationaux qui gèrent les régimes obligatoires de base les plus importants, couvrant près de 99 % des charges de prestations des régimes de base de sécurité sociale.

L'analyse présentée dans ce chapitre met en lumière les progrès accomplis depuis dix ans et le rôle d'entraînement joué par la certification en matière de contrôle interne et de maîtrise des risques de portée financière dans les organismes de sécurité sociale (I). Elle souligne les apports et les limites de cet exercice annuel, pour les organismes qui y sont soumis, comme pour les administrations et pour le Parlement (II). Elle explore, enfin, les adaptations et les avancées rendues nécessaires par l'évolution de la sécurité sociale, marquée par une imbrication croissante des régimes obligatoires de base (III).

---

[466] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre IV : la certification des comptes du régime général de sécurité sociale : un premier bilan, p. 104-134, La Documentation française, septembre 2012, disponible sur www.ccomptes.fr.

[467] Cour des comptes, Rapport public thématique « *La comptabilité générale de l'État, dix ans après* », La Documentation française, février 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

Le périmètre de l'enquête de la Cour

Le périmètre de l'enquête de la Cour comprend, outre les quatre branches de prestations et l'activité de recouvrement du régime général, neuf autres régimes de base[468].

Ces régimes peuvent comprendre une seule branche, à l'image de l'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), de l'assurance vieillesse des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers (CNRACL) ou de l'assurance maladie-maternité des militaires (CNMSS).

Une majorité d'entre eux comprennent toutefois, comme le régime général, plusieurs branches, tels les régimes des salariés et des exploitants agricoles, le régime social des indépendants, le régime des mines (CANSSM) et la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRPSNCF).

La gestion de certains régimes de base d'assurance vieillesse (CNRACL, CANSSM) est assurée par la Caisse des dépôts et consignations, en application de mandats qui lui sont confiés.

Outre le service des prestations, les régimes ont une mission de recouvrement des cotisations sociales, exercée directement (régimes agricoles, CNMSS, ENIM) ou déléguée, en totalité (caisses du régime général, CPRPSNCF) ou en partie (RSI, CNIEG), le plus souvent aux organismes de recouvrement du régime général (ACOSS et URSSAF).

I - Une amélioration significative de la qualité des comptes

La certification de leurs comptes a conduit les branches et régimes de sécurité sociale à intégrer une démarche de maîtrise des risques dans l'ensemble de leurs activités, pour sécuriser les opérations réalisées et fiabiliser les données intégrées dans les systèmes comptables. L'évolution des opinions émises par les certificateurs témoigne de progrès depuis dix ans. Pour autant, des faiblesses demeurent dans les dispositifs de contrôle interne et le respect des normes comptables est encore incomplet.

[468] Caisse autonome de sécurité sociale dans les mines (CANSSM), Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), Caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI), Caisse de retraite et de prévoyance du personnel de la SNCF (CPRPSNCF), Établissement national des invalides de la marine (ENIM).

A - Une levée progressive des refus de certifier et des réserves formulées par les certificateurs

Depuis 1996, la comptabilité des régimes de sécurité sociale s'opère en droits constatés, en rattachant les charges et les produits à l'exercice qui les a vus naître, indépendamment d'une entrée ou d'une sortie de trésorerie. L'homogénéité des informations comptables entre les branches et entre les régimes est assurée par l'application, depuis 2002, du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS)[469].

Dans l'exercice de la certification, les commissaires aux comptes se réfèrent aux normes d'exercice professionnel qui transposent en droit interne les normes internationales d'audit (ISA). La Cour elle-même se réfère aux normes internationales des institutions supérieures de contrôle (ISSAI) qui, dans le domaine de la certification des comptes, sont également issues des normes internationales d'audit.

Ces normes prévoient ainsi qu'une certification sans réserve ne peut être formulée si des anomalies significatives sont identifiées et non résolues à l'issue de l'audit.

1 - Une amélioration progressive de la qualité des comptes

Les premiers exercices de certification des comptes se sont traduits pour les branches du régime général, comme pour les autres régimes obligatoires de base, par plusieurs refus de certification ou impossibilités de certifier et par la formulation de nombreuses réserves. En effet, malgré les travaux préparatoires menés dans la plupart des régimes, les exigences d'une certification des comptes avaient été sous-estimées, ou imparfaitement anticipées, que ce soit en termes de dispositifs de contrôle interne ou d'enregistrement des opérations en droits constatés.

Pour ce qui est du régime général, une trajectoire d'amélioration a été observée depuis lors, marquée en particulier par une réduction du nombre des réserves à partir de 2008 pour la branche maladie, de 2010 pour la branche vieillesse et de 2011 pour l'activité de recouvrement, ainsi que par la certification des comptes combinés de toutes les branches et des comptes annuels de l'ensemble des organismes nationaux depuis

[469] Dont la dernière version a été approuvée par un arrêté du 24 février 2010.

2013. L'évolution a été plus heurtée pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles et, surtout, pour la branche famille, pour lesquelles il a fallu attendre les exercices 2013, pour la première, et 2015, pour la seconde, pour que les difficultés comptables les plus significatives soient surmontées.

Tableau n° 70 : positions exprimées par la Cour sur les comptes des branches, de l'activité de recouvrement et des organismes nationaux de sécurité sociale (exercices 2006-2015)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie	7	9	7	6	6	5	4	4	4	5
AT-MP	4	5	2	3	R	R	I	5	5	6
CNAMTS	3	4	2	2	1	3	3	2	2	3
Famille	I	I	R	7	5	R	4	6	6	4
CNAF	I	I	R	4	3	R	2	3	3	2
Vieillesse	7	4	R	R	7	6	6	4	4	4
CNAVTS	7	4	R	R	2	3	3	2	2	2
Recouvrement	3	R	10	5	9	8	6	4	4	4
ACOSS	1	R	2	2	3	3	3	3	3	3

**R=refus de certifier ; I=impossibilité de certifier ; nombre = nombre de réserves.*
Source : Cour des comptes.

Si le nombre total de réserves sur les branches du régime général est resté inchangé depuis 2013, plusieurs ont été successivement levées et un grand nombre de points d'audit ont été satisfaits, permettant d'alléger la portée de certaines de celles qui ont été reconduites. Dans le même temps cependant, en raison notamment de l'approfondissement des travaux d'audit, de nouvelles réserves ont été formulées, sans que cela marque pour autant une détérioration de la qualité des comptes.

Une amélioration progressive est également observée pour les autres régimes de base, comme le montre le tableau suivant.

Tableau n° 71 : opinions exprimées par les commissaires aux comptes sur les comptes des principaux régimes obligatoires de base (exercices 2008- 2015)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
MSA	R	R	R	1	1	1	1	1
CNRACL	Comptes non certifiés							
RSI	R	R	R	R	R	R	4	3
CPRPSNCF	1	0	0	0	0	0	0	0
CNIEG	0	0	0	0	0	0	0	0
CANSSM	R	R	R	R	R	4	4	1
CNAVPL	R	R	2	1	1	1	3	1
CNMSS	1	1	1	0	0	0	0	0
ENIM	1	1	1	1	1	1	1	1

**R= refus de certifier ; nombre = nombre de réserves.*
Source : Cour des comptes, rapports des commissaires aux comptes.

Parmi les régimes les plus importants, la mutualité sociale agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI) ont vu leurs comptes certifiés tardivement, en 2011 pour la MSA et en 2014 pour le RSI, ce qui témoigne de difficultés particulières, liées à la fois aux faiblesses du contrôle interne et à la qualité des informations provenant d'autres régimes. Le régime des mines a également connu un refus de certification pendant cinq exercices consécutifs, en raison d'insuffisances généralisées des contrôles en matière d'assurance maladie et dans la justification des comptes. La CNAVPL n'a vu ses comptes certifiés qu'en 2010, après la mise en place de contrôles sur les cotisations et les prestations.

Les réserves émises en 2008 sur les comptes de la CPRPSNCF et de la CNMSS ont été levées, respectivement dès 2009 et en 2011. En 2015, le nombre total de réserves a été réduit et seul le RSI voit ses comptes certifiés avec trois réserves alors que les autres régimes sont certifiés sans réserve ou avec une seule réserve.

L'introduction de réserves nouvelles demeure possible à chaque exercice, notamment si les conditions de mise en œuvre des évolutions législatives et réglementaires font peser de nouveaux risques significatifs insuffisamment maîtrisés, ou en raison d'un approfondissement de la connaissance par les auditeurs externes des faiblesses des dispositifs de contrôle interne en vigueur. Les comptes des branches maladie et AT-MP du régime général ont ainsi fait l'objet d'une réserve supplémentaire en 2015. En 2014, les commissaires aux comptes de la CNAVPL avaient émis deux réserves supplémentaires liées notamment à de nouvelles réserves émises par ceux de la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV)[470].

[470] Il s'agit de l'une des principales des 10 sections professionnelles de la CNAVPL.

Le nombre de réserves exprimées sur les états financiers

Dans le cas d'une certification avec réserves, les normes internationales d'audit laissent le nombre de réserves à l'appréciation du certificateur. Dans le cadre de sa démarche d'accompagnement des organismes nationaux du régime général, la Cour a choisi de distribuer certains constats d'audit dans des réserves distinctes, tandis que les commissaires aux comptes ont pu les regrouper dans une seule. Cette différence ne reflète pas, pour autant, une situation plus dégradée des branches du régime général.

Enfin, les comptes de la CNRACL, l'un des plus importants régimes de base, avec 17 Md€ de prestations versées à près d'1,2 million de pensionnés et d'allocataires, font l'objet d'un simple audit contractuel des commissaires aux comptes de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), gestionnaire du fonds de retraite pour le compte de la CNRACL[471], et non d'un audit légal, comme l'impose pourtant l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale. Jusqu'en 2015, ni les autorités de tutelle, ni le conseil d'administration de la CNRACL ne se sont inquiétés de cette irrégularité, mise en évidence par une enquête de la Cour sur la gestion de cette caisse. Une situation identique concerne dix autres régimes de retraite ou d'accidents du travail gérés par la CDC*[472] ainsi que le régime de retraite de la Banque de France. À ce jour, elle a été corrigée uniquement pour la CNRACL : fin juin 2016, le conseil d'administration de cette dernière a désigné les commissaires aux comptes en charge de l'audit légal pour les exercices 2016 à 2021.

2 - Des motifs de réserve ou de refus de certification communs à la plupart des régimes

L'analyse des opinions formulées par les certificateurs depuis 2008 sur le régime général et les régimes obligatoires de base met en évidence des motifs de refus de certifier (ou d'impossibilité de certifier) et de réserves qui peuvent être regroupés en quatre thèmes principaux, relatifs au dispositif de contrôle interne, aux systèmes d'information, à la justification des enregistrements comptables et aux informations transmises par d'autres régimes.

[471] L'audit a pour objet d'assurer que les comptes présentent sincèrement dans leurs aspects les plus significatifs le patrimoine et la situation financière de la CNRACL, ainsi que le résultat de ses opérations, pour l'exercice écoulé.

[472] Dont les plus importants sont le Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État, le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et le fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales.

Tableau n° 72 : objet des motifs de refus de certifier ou des réserves (en 2008 et en 2014)

	2008	2014
Certification sans réserve	**CNIEG**	**CNIEG, CNMSS, CPRPSNCF**
Contrôle interne	Recouvrement, ACOSS, branche maladie, branche AT-MP, CNAMTS, branche famille, CNAF, branche vieillesse, CNAVTS, RSI, MSA, CANSSM, CNAVPL, ENIM	Recouvrement, ACOSS, branche maladie, branche AT-MP, CNAMTS, branche famille, CNAF, branche vieillesse, RSI, CANSSM, ENIM
Systèmes d'information	Recouvrement, branche maladie, CNAMTS, branche famille, CNAF, branche vieillesse, CNAVTS, RSI, CANSSM	Recouvrement, ACOSS, branche maladie, branche AT-MP, CNAMTS, branche famille, CNAF, branche vieillesse, CNAVTS, CNAVPL
Justification des enregistrements comptables	Recouvrement, ACOSS, branche maladie, branche AT-MP, CNAMTS, branche famille, CNAF, branche vieillesse, CNAVTS, RSI, MSA, CANSSM, CNAVPL, CPRPSNCF	Recouvrement, ACOSS, branche maladie, branche AT-MP, CNAMTS, branche famille, CNAF, branche vieillesse, CNAVTS CANSSM, CNAVPL
Informations transmises par d'autres régimes et branches	Branche maladie, branche famille, CNAF, branche vieillesse, CNAVTS, RSI, CNMSS	Recouvrement, ACOSS, branche AT-MP, CNAMTS, branche vieillesse, CNAVTS, RSI, MSA, CANSSM, CNAVPL

Source : Cour des comptes.

B - Une généralisation des dispositifs de contrôle et d'audit internes

1 - Un pilotage davantage centralisé, des dispositifs de maîtrise des risques mieux structurés

Les dispositifs de contrôle interne visent à assurer la maîtrise des risques de toute nature inhérents aux missions confiées à des organismes appelés, dans le champ de la sécurité sociale, à gérer une volumétrie d'opérations et des masses financières considérables. De leur efficacité dépendent le caractère exhaustif et la fiabilité des informations financières, comptables et budgétaires retraçant ces activités.

Dès 2008, les insuffisances des dispositifs couvrant la gestion des prélèvements et des prestations sociales ont été relevées dans les opinions exprimées par les certificateurs des comptes de l'ensemble des régimes examinés, à l'exception de la CNIEG et de la CPRPSNCF.

Les certificateurs soulignaient l'absence ou l'insuffisance des référentiels couvrant les principaux processus de gestion, comme du recensement et de l'évaluation des risques inhérents à chacun de ces processus. Les observations de la Cour et des commissaires aux comptes sur les régimes organisés en réseau portaient également sur les faiblesses de la procédure de validation des comptes[473], dont la responsabilité a été confiée aux agents comptables des organismes nationaux.

Plus largement, la certification des comptes était alors largement perçue au sein des organismes de sécurité sociale comme relevant de la seule responsabilité des agents comptables. Les services métier et support rattachés aux directeurs des organismes ne s'étaient pas préparés à être sollicités directement par les certificateurs.

Piloté par les caisses nationales pour les régimes en réseau, le processus de certification des comptes a, depuis lors, favorisé une structuration continue des dispositifs de contrôle et d'audit internes, ainsi que l'homogénéisation des pratiques de contrôle. La procédure de validation des comptes a été progressivement renforcée, tandis qu'un audit interne rattaché au directeur a été mis en place, lorsqu'il n'y en avait pas, dans la quasi-totalité des régimes[474].

Le décret du 14 octobre 2013 sur le contrôle interne dans les organismes de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement, dont la Cour avait recommandé l'élaboration en 2012[475], en a précisé les objectifs et les modalités[476].

[473] Voir arrêté du 30 décembre 2005 et articles L. 114-6 et D. 114-4-2 du code de la sécurité sociale. La validation des comptes des organismes de base par l'agent comptable national consiste à attester que leurs comptes annuels sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de leurs résultats, de leur situation financière et de leur patrimoine.

[474] L'ENIM ne s'est pas encore doté d'un service d'audit interne.

[475] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre IV : la certification des comptes du régime général de sécurité sociale : un premier bilan, p. 104-134, La Documentation française, septembre 2012, disponible sur www.ccomptes.fr.

[476] Le décret du 10 août 1993 relatif à la gestion financière des organismes de sécurité sociale avait posé le principe d'une responsabilité commune du directeur et de l'agent comptable pour la mise en place d'un dispositif de contrôle interne, mais son champ se limitait aux organismes de base du régime général, à l'exclusion des organismes nationaux de ce régime, ainsi que de l'ensemble des organismes des autres régimes.

2 - Un palier important atteint dans l'amélioration du contrôle interne

Les progrès réalisés dans la structuration des dispositifs de contrôle et d'audit internes ont autorisé la levée progressive des refus ou impossibilités de certifier les comptes, lorsque ceux-ci étaient fondés sur des insuffisances caractérisées de ces dispositifs : branche famille du régime général (2006 à 2008, 2011), régimes des salariés et exploitants agricoles (2008 à 2010) ou régime des mines (2008 à 2012).

La transition entre une phase de définition et de mise en œuvre et la phase actuelle de consolidation et d'approfondissement peut être située, pour la plupart des régimes, autour de l'exercice 2013. Cet exercice correspond à la première année de certification des comptes de l'ensemble des branches du régime général de sécurité sociale. Dans le même temps, les principaux régimes obligatoires franchissaient une première étape dans la mise en place des dispositifs de contrôle interne et de fiabilisation des comptes.

En dépit des progrès accomplis, le maintien dans toutes les branches du régime général et dans certains régimes obligatoires de base (RSI, ENIM, CANSSM) de réserves en lien direct avec les dispositifs de contrôle interne en vigueur souligne la nécessité de nouvelles avancées.

Si des actions ont été engagées pour améliorer la fiabilité des données transmises par les assurés sociaux, les employeurs, les professionnels et établissements de santé ou les organismes de protection sociale, des risques encore significatifs affectent les comptes.

Suivant une préconisation de la Cour, reprise par le décret du 14 octobre 2013 sur le contrôle interne, les branches maladie, AT-MP, vieillesse et famille du régime général établissent des indicateurs de la fréquence et de l'incidence financière des erreurs affectant les prestations légales attribuées au regard des règles de droit applicables, qu'elles soient en faveur comme au détriment de leurs bénéficiaires. Ces indicateurs ont permis de mieux apprécier les risques financiers attachés à la liquidation des prestations, jusque-là assez largement sous-estimés. Leur maintien à un niveau élevé dans toutes les branches de prestations du régime général souligne l'existence de difficultés persistantes de qualité en ce domaine.

Tableau n° 73 : taux de risque financier résiduel en 2015

En % du montant des prestations

<table>
<tr><th></th><th colspan="3">Branches du régime général</th></tr>
<tr><th></th><th>Famille</th><th>Vieillesse</th><th>Maladie/AT-MP</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Taux de risque financier résiduel</td><td>1,22 %
(risque « métier »)</td><td rowspan="2">0,58 %</td><td>1,1 %
(prestations en nature)</td></tr>
<tr><td>5 %
(risque « données entrantes »)</td><td>2,6 %
(indemnités journalières)</td></tr>
</table>

Source : Cour des comptes, rapport de certification des comptes du régime général pour l'exercice 2015

Le décret du 14 octobre 2013 dispose désormais, afin d'homogénéiser les pratiques de contrôle interne au sein de l'ensemble des organismes de sécurité sociale, que ceux-ci déploient un indicateur et des objectifs de risque financier résiduel après les supervisions internes aux services de gestion rattachés aux directeurs et les contrôles de l'agence comptable.

Cette exigence n'est pas encore remplie par l'ACOSS, dont les indicateurs de risque financier résiduel couvrent un champ encore partiel d'opérations, ni par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

Les limites du contrôle interne de la gestion des prélèvements sociaux sur les employeurs de salariés et sur les travailleurs indépendants entraînent également, depuis plusieurs exercices, une incertitude sur les montants comptabilisés dans les comptes combinés de l'activité de recouvrement. Les montants notifiés par l'ACOSS au RSI justifient de ce fait le maintien, par ses commissaires aux comptes, d'une réserve sur les comptes combinés du RSI.

Les branches et régimes ont mis en place des contrôles sur leurs activités de recouvrement des prélèvements sociaux et de paiement de prestations. Des progrès sensibles ont notamment été observés, sur ce point, à la MSA et à la CNAVPL. Le RSI a mis en place des contrôles sur les dossiers de retraite et élaboré un nouveau référentiel d'audit sur l'activité maladie gérée par les organismes conventionnés. La CANSSM a en revanche déployé tardivement des contrôles, qui ne couvrent pas encore la totalité de ses structures de soins. L'ENIM a engagé une refonte du dispositif de contrôle interne des prestations maladie, dont le déploiement n'était pas achevé en 2015, justifiant le maintien d'une réserve sur ses comptes.

C - Des systèmes d'information en refonte très progressive

1 - Un enjeu majeur pleinement intégré dans la démarche de certification

Les principaux systèmes d'information métier utilisés aujourd'hui dans les organismes de sécurité sociale ont été conçus dans les années 1980 et mis en œuvre dans les années 1990, à une époque où la production, dans des délais courts, était l'objectif prioritaire de la gestion de manière à gagner en rapidité de règlement aux assurés sociaux et où les enjeux de contrôle interne n'étaient pas clairement identifiés et pris en compte. Les impératifs de traçabilité des opérations, de contrôles automatisés, de mesure des risques, de *reporting* et de pilotage n'ont donc pas ou peu été intégrés au plan technique dans ces systèmes de production. Vieillissants, ces derniers évoluent difficilement pour répondre aux demandes formulées par les certificateurs (voir III- A. 1 *infra*).

Afin d'apprécier les risques liés aux systèmes d'information des branches du régime général, la Cour, outre le recours aux experts dont elle s'est dotée en interne, confie des travaux d'audit à des prestataires de service agissant pour son compte et placés sous son contrôle. Pour les autres régimes, les commissaires aux comptes effectuent des audits ayant le même objet.

À ce jour, la Cour a maintenu des réserves intégrant les risques liés aux systèmes d'information du régime général. Si les travaux menés par les autres régimes ont permis aux commissaires aux comptes de lever les réserves liées aux systèmes d'information, des lacunes et des risques insuffisamment couverts subsistent dans de nombreux organismes.

2 - Des risques propres à la fonction informatique, incomplètement maîtrisés

Dès le premier exercice soumis à certification, les travaux des certificateurs ont mis en évidence de nombreuses faiblesses en matière d'organisation de la fonction informatique, de sécurité informatique, de gestion des incidents et de déploiement des nouvelles applications.

Depuis lors, les organismes de sécurité sociale ont déployé des actions visant à pallier ces faiblesses. Le RSI et la CANSSM ont amélioré la gestion des habilitations, ce qui a permis de lever les réserves correspondantes sur leurs comptes. La branche maladie du régime général s'est dotée en 2015 d'un nouvel outil de gestion centralisée des incidents. Ces actions doivent encore être complétées pour permettre une couverture suffisante des risques informatiques. En particulier, l'estimation de l'incidence financière sur les comptes des incidents informatiques les plus critiques n'est pas encore effectuée régulièrement.

Les commissaires aux comptes de la CNAVPL ont, d'ailleurs, formulé une nouvelle réserve sur les comptes 2014, par la suite levée en 2015, au titre des insuffisances de la gestion des incidents informatiques pour la collecte des cotisations de deux sections professionnelles[477].

3 - L'insuffisance des contrôles automatisés intégrés dans les systèmes d'information

Les contrôles automatisés intégrés dans les systèmes d'information constituent une première strate de contrôle interne, qui doit permettre de prévenir ou de détecter un grand nombre d'anomalies de portée financière en matière d'attribution des prestations ou de collecte des prélèvements sociaux.

Dès l'exercice 2006, le rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale soulignait les imperfections, souvent majeures, des contrôles intégrés dans les systèmes d'information de gestion des prestations des branches maladie et famille et dans le système d'information de gestion des prélèvements sociaux de l'activité de recouvrement.

De même, les applicatifs de gestion du RSI présentaient des limites fonctionnelles significatives, ne permettant pas de démontrer le caractère opérant des contrôles automatiques intégrés.

En raison de la lourdeur des développements informatiques nécessaires au renforcement et à la fiabilisation des contrôles automatisés, les progrès observés ont été lents. La décision prise dès 2007 par la branche famille de mettre en place un nouveau système d'information des prestations d'action sociale ne s'est, ainsi, traduite qu'en 2015 par le déploiement des premières fonctionnalités du nouveau système OMEGA, qui devrait se poursuivre jusqu'en 2020.

[477] Caisse d'assurance vieillesse des professions non réglementées (CIPAV).

La migration des anciens applicatifs de gestion de la branche retraite du RSI vers un applicatif unique offre une autre illustration de tels développements.

4 - L'absence de traçabilité dans les comptes des données individuelles de gestion

Au début de la certification des comptes, les organismes du régime général de sécurité sociale et certains régimes de base n'étaient pas dotés d'une comptabilité auxiliaire permettant de tracer un chemin d'audit entre les montants intégrés dans les comptes et les données individuelles contenues dans les systèmes d'information de gestion. De plus, les interfaces entre les systèmes comptables et les systèmes d'information métier étaient souvent manuelles et, de ce fait, insuffisamment sécurisées.

Ces difficultés ont été levées par la branche maladie dès 2009, par la mise en place d'une comptabilité auxiliaire des prestations en nature et en espèces et, plus tardivement, en 2015, par la branche vieillesse, qui s'est dotée d'une comptabilité auxiliaire permettant de retracer les opérations par bénéficiaire. S'agissant de l'activité de recouvrement, leur portée a été réduite par des études, progressivement étendues, permettant de compenser l'absence de piste d'audit entre les montants déclarés et versés par les cotisants et ceux notifiés aux attributaires.

Pour ce qui concerne les autres régimes de base, des limites fonctionnelles affectaient les systèmes d'information de plusieurs régimes (CANSSM, CNMSS, ENIM) ou de leurs délégataires (CNAVPL). Ces difficultés ont pu être levées par la mise en place de rapprochements ou d'outils spécifiques.

D - Une application toujours incomplète du principe des droits constatés

Le principe de la comptabilisation des opérations en droits constatés n'était que partiellement appliqué lors des premiers exercices de certification des comptes. Il le demeure encore imparfaitement.

1 - Les cotisations et contributions sociales

Comme indiqué dans le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS), le fait générateur des cotisations et contributions sociales est la perception d'un revenu ou le versement d'un salaire. En application de ce principe, des réserves ont été émises dès les premières années de certification par la Cour et par les commissaires aux comptes. Certaines d'entre elles perdurent aujourd'hui.

La Cour formule ainsi, depuis plusieurs exercices, une réserve sur la comptabilisation en produit à recevoir de l'exercice par l'activité de recouvrement de prélèvements sociaux précomptés sur des revenus de remplacement versés en janvier de l'année suivante.

Par ailleurs, la notification par l'État à l'ACOSS des impôts et taxes affectés ne permet pas à celle-ci d'en assurer la comptabilisation selon le principe des droits constatés, en l'absence de notification des créances sur les redevables et de provisions pour risques.

Enfin, les prélèvements sociaux des travailleurs indépendants qui donnent lieu à des acomptes et à des régularisations au vu des revenus professionnels déclarés demeurent rattachés à l'exercice au cours duquel ils sont appelés, au lieu de l'exercice de génération du revenu correspondant, comme le prévoit le plan comptable. De même, figurait parmi les motifs de refus de certification des comptes 2008 et 2009 de la CNAVPL l'absence d'évaluation des cotisations à recevoir ou à annuler sur les cotisants. La réserve sur les comptes 2014 relative aux faiblesses de la méthode d'estimation retenue a été levée l'année suivante.

2 - Les estimations comptables

Les produits à recevoir, les dépréciations de créances et les provisions pour risques font l'objet d'estimations dans le cadre des écritures d'inventaire, selon des méthodologies dont le certificateur des comptes apprécie la régularité et la fiabilité.

Des difficultés sont apparues dès l'origine dans l'activité de recouvrement, concernant l'évaluation des dépréciations de créances, des provisions pour risques liés aux litiges et des produits à recevoir, qui portent sur des montants très importants. Les changements apportés en 2014 et en 2015 ont corrigé les dysfonctionnements les plus significatifs, même si des limitations demeurent dans l'auditabilité de ces estimations.

Le défaut de provisionnement des risques liés aux litiges relatifs à l'application de la réglementation relative aux risques professionnels, puis le manque de fiabilité de la provision comptabilisée, ont constitué le principal motif du refus de certification des comptes de la branche AT-MP pour les exercices 2010 et 2011, puis de l'impossibilité de certifier les comptes de l'exercice 2012. La réduction des incertitudes liées à l'évaluation de cette provision a permis une certification avec réserves des comptes 2013.

La certification des comptes des régimes obligatoires fournit également, depuis 2008, plusieurs exemples de constats d'audit portant sur les estimations comptables. Ainsi, l'absence de comptabilisation par la CANSSM d'une provision pour dépréciation d'un prêt à une association à laquelle elle est partie prenante a constitué l'un des motifs de refus de certification de ses comptes 2011 et de l'exercice suivant, avant de justifier une réserve, présente encore au titre de l'exercice 2014 et désormais levée.

⁂

En fixant un objectif commun à l'ensemble des branches et régimes de sécurité sociale - la fiabilité des comptes -, la certification a imposé la structuration progressive et la mise en œuvre coordonnée d'un cadre unique de contrôle interne. Elle a poussé à la mise en place d'outils visant à assurer la traçabilité des opérations et l'évaluation de l'efficacité des dispositifs de contrôle, même si tous les organismes n'ont pas atteint le même degré de maturité. Elle a ainsi contribué à modifier en profondeur les modes de gestion des organismes de sécurité sociale.

II - Un levier de modernisation et un facteur de transparence

Au-delà de ses apports dans la sphère de l'information financière et de la qualité comptable, la certification a suscité un processus de transformation en profondeur des organisations et des modes de fonctionnement.

A - Un élément structurant pour les organismes, en accompagnement des réformes d'organisation

1 - L'émergence d'une responsabilité du directeur dans le contrôle interne et la qualité des comptes

Pendant très longtemps, les caisses de sécurité sociale ont eu pour principal enjeu la rapidité des délais de paiement des prestations. Au nom des impératifs de la production de masse, les insuffisances dans la qualité de la liquidation par les services gestionnaires rattachés aux directeurs étaient acceptées, parce que compensées en principe par des contrôles « de rattrapage » dont la charge incombait exclusivement au comptable.

L'accent mis fortement par les certificateurs sur le contrôle interne et les systèmes d'information a permis de prendre conscience que la maîtrise des risques n'était pas seulement l'affaire des agents comptables, mais qu'elle concernait l'ensemble des métiers de la sécurité sociale et des services gestionnaires, désormais sollicités par les certificateurs dans le cadre de leurs travaux sur le contrôle interne.

Les organismes ont mis fin progressivement, après quelques années de coexistence, aux dispositifs de certification « qualité » en fonction de normes fixées par l'AFNOR qu'ils avaient mis en place dans les services gestionnaires, pour donner la priorité à la prise en compte des constats et attentes des certificateurs des comptes, estimés plus couvrants et plus structurants pour le fonctionnement des organismes et des réseaux.

Le principe de la responsabilité conjointe du directeur et de l'agent comptable dans la mise en place du contrôle interne a été formalisé dans le décret d'octobre 2013 sur le contrôle interne des organismes de sécurité sociale.

L'approche par les processus et les risques apportée par la certification des comptes a également été un facteur de dialogue interne entre les services gestionnaires. À la CNAMTS, par exemple, l'activité des services médicaux sera intégrée dans les nouveaux référentiels de maîtrise des risques en cours d'élaboration.

2 - Un levier de décloisonnement et de réforme des organisations

En favorisant ainsi les échanges entre les services, la certification a constitué un instrument de décloisonnement, d'abord au sein des organismes et entre les organismes eux-mêmes.

Le choix de faire porter la certification sur les seuls comptes des régimes, des branches et des organismes nationaux, rendu possible par la mission de validation des comptes des organismes de base confiée aux agents comptables des organismes nationaux, a contribué à renforcer la fonction de pilote de la caisse nationale chargée de l'élaboration, de la diffusion et de l'évaluation des dispositifs de contrôle interne à l'échelle de l'ensemble des entités de son réseau. L'homogénéisation des méthodes qui en résulte et la diffusion de bonnes pratiques à l'échelle d'une branche ou d'un régime ont permis d'élever le niveau général d'efficience des processus gérés.

La diffusion de la culture du contrôle interne a accompagné la réorganisation des réseaux d'organismes de base, le regroupement des plus petites structures et la mutualisation de certaines fonctions ayant notamment pour objet que tous les organismes atteignent le niveau de maîtrise des risques de portée financière requis par la certification. Dans le cas de l'activité de recouvrement du régime général, la régionalisation du réseau a été l'occasion d'une révision des procédures, de la mise en place de nouveaux outils informatiques et de nouveaux modes de contrôle, qui ont profondément rénové les modes de gestion. Le dialogue avec les autorités de tutelle s'en est trouvé, de plus, stimulé et renforcé sur les thématiques et les enjeux relatifs à la maîtrise des risques de paiements injustifiés ou de non versement de prestations et au traitement comptable de certaines opérations.

3 - Une incitation au développement des outils de gestion

La demande des certificateurs de disposer d'indicateurs de la qualité de la production, mesurant la fréquence et l'incidence financière des anomalies dans le traitement des dossiers des assurés et allocataires, ainsi que l'exigence de suivi des recommandations et des plans d'action qu'ils ont posée dès l'origine, ont incité fortement les régimes et les branches à développer ces dispositifs. Des applications informatiques spécifiques de maîtrise des risques et de centralisation des résultats des plans d'action et des contrôles ont ainsi été mises en œuvre, donnant aux caisses nationales des organismes à réseau une visibilité accrue sur les performances des organismes de base et des moyens renforcés de pilotage.

Des applications de modélisation, d'automatisation et de dématérialisation des processus de gestion ont été déployées. Elles permettent d'assurer le suivi des dossiers, la vérification du traitement exhaustif des anomalies détectées par les systèmes d'information et par les contrôles des agences comptables et d'optimiser, par le recours à des « corbeilles » dématérialisées, la distribution des dossiers à traiter entre les agents[478].

La certification des comptes a également été un aiguillon pour la modernisation des systèmes d'information (comptabilité auxiliaire et comptabilité générale) et pour l'automatisation des interfaces entre eux, facteur de sécurité dans la construction des comptes.

Le développement par l'ACOSS des systèmes d'information décisionnels, qui permettent de modéliser l'ensemble de la base de données des cotisants, a également été encouragé par les demandes du certificateur de disposer d'estimations comptables sur une base statistique. Ces outils servent également à anticiper la prévision de l'impact des mesures nouvelles.

B - Une amélioration de la qualité de l'information comptable et financière

1 - Des données plus fiables, notamment pour la préparation des lois de financement de la sécurité sociale

Au lancement de la certification, les auditeurs ont relevé de nombreuses insuffisances dans la comptabilisation des opérations réalisées, les flux étant souvent mieux connus et justifiés que les éléments de l'actif et du passif. La documentation concernant les prêts, les immobilisations ou les provisions pour risques et charges était ainsi parfois manquante.

En incitant les organismes à sécuriser les processus de gestion et à évaluer en continu la qualité des contrôles mis en place à cette fin, la certification a renforcé la fiabilité des données enregistrées tout au long de l'année dans les comptes, condition de la production en fin d'exercice d'une information plus normée, plus complète et plus lisible, dont la qualité est désormais certifiée.

[478] Mise à la disposition sur le poste de travail de l'agent de la demande numérisée de l'assuré, de l'allocataire ou du cotisant à traiter et des pièces de procédure qui l'accompagnent.

Elle a ainsi permis de disposer, dans le débat parlementaire sur la loi de financement de la sécurité sociale, d'un ensemble cohérent de données comptables et financières, offrant un tableau précis de la situation de chaque régime, des relations financières entre les régimes et de celles qu'ils entretiennent avec l'État. Le législateur a été, dès l'origine de la certification, attentif à ce dernier aspect, en raison notamment de la complexité de ces relations[479] et de l'écheveau des flux financiers inter-régimes et inter-branches qui en résulte pour la sécurité sociale.

La qualité des données comptables et des états financiers dont rend compte le rapport de certification des comptes du régime général de la Cour, comme les avis qu'elle émet sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial[480], apportent au Parlement des éléments d'assurance au moment de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Dans le même temps, la certification des comptes constitue, pour les organismes interrogés par la Cour, un gage de crédibilité vis-à-vis des conseils d'administration chargés d'approuver leurs comptes, de leurs autorités de tutelle et des organismes partenaires.

L'enquête de la Cour

La Cour a adressé aux quatre organismes nationaux du régime général et à ceux des neuf autres régimes obligatoires de base retenus un questionnaire comportant 21 questions sur les apports et les limites du processus de certification, les moyens mobilisés pour répondre aux demandes des certificateurs et les évolutions susceptibles de renforcer l'intérêt, pour ces organismes, des audits de certification.

Les principaux enseignements tirés des réponses reçues de l'ensemble des organismes interrogés sont retracés dans les trois graphiques i*nfra*.

La Cour a, par ailleurs, sollicité l'appréciation des commissaires aux comptes des neuf régimes précités sur la situation qui prévalait en 2008, les évolutions observées depuis lors et la nature des difficultés rencontrées par les organismes pour assurer une certification de leurs comptes ou la levée progressive des réserves. Seuls les commissaires aux comptes de trois régimes ont répondu aux interrogations de la Cour.

[479] L'État représente, pour la sécurité sociale, tout à la fois un cotisant, en sa qualité d'employeur, un régime spécifique, celui des pensions civiles et militaires, un financeur, au travers des impôts et taxes affectés, et un partenaire, puisque des prestations, tels que le RSA, l'AAH ou l'APL sont versées pour son compte.

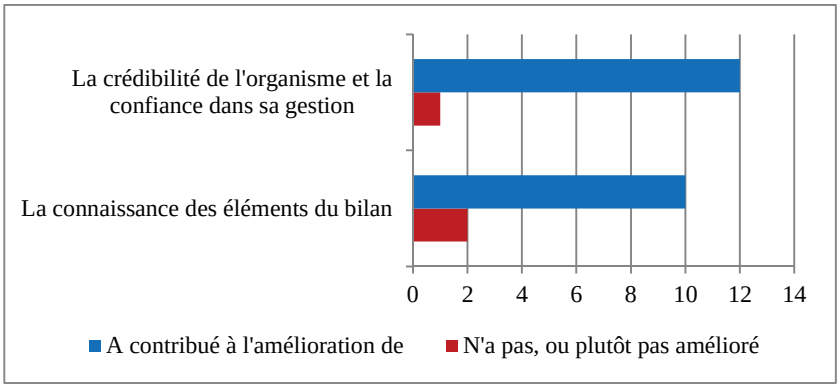
[480] Voir le chapitre III du présent rapport : les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2015 : avis sur la cohérence.

L'apport de la certification en termes d'image est souligné en particulier par l'ACOSS, qui emprunte sur les marchés financiers et gère le recouvrement de prélèvements sociaux pour le compte de neuf cents attributaires distincts, dont certains extérieurs au champ de la sécurité sociale (Unédic, autorités organisatrices et syndicats mixtes de transport). Plus largement, la certification annuelle des comptes de la sécurité sociale et de ceux de l'État contribue à renforcer la qualité de la signature de la France sur les marchés financiers.

Les réponses apportées par les organismes interrogés par la Cour confirment cette perception.

Graphique n° 43 : appréciation générale portée par les organismes sur l'apport de la certification

En nombre d'organismes



Source : réponses des organismes au questionnaire de la Cour des comptes.

2 - Une gestion davantage sécurisée du recouvrement des cotisations et du versement des prestations

Les certificateurs ont incité les organismes à mettre en place des procédures de gestion formalisées et à analyser les motifs des erreurs commises par les gestionnaires par rapport à la règlementation en vigueur, et à les corriger. Elle a ainsi contribué à sécuriser les recettes et les dépenses sociales.

Elle a aussi constitué un facteur de mobilisation dans la lutte contre la fraude, externe, interne ou par collusion, en recommandant la mise place ou le renforcement de dispositifs spécifiques d'évaluation, de détection et de correction des fraudes d'origine interne comme externe.

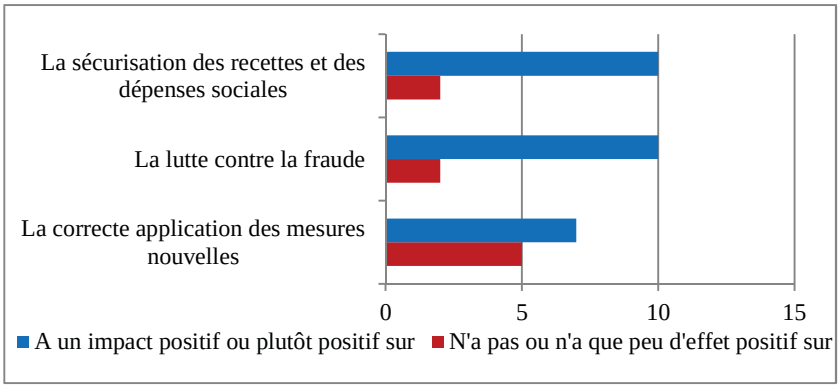
Elle a également mis en évidence que les erreurs et anomalies détectées n'étaient pas d'une incidence univoque : si des versements d'indus importants sont décelés, inversement les erreurs au détriment des assurés ou des allocataires sont elles aussi nombreuses.

Compte tenu de la fréquence et de l'importance des mesures nouvelles prévues chaque année par la loi de financement, les certificateurs ont porté une attention particulière aux outils et méthodes mis en place par les branches et régimes de base pour garantir la correcte application, dans les calendriers prévus, des modifications de leur environnement réglementaire.

Les organismes interrogés confirment que la certification a eu des effets positifs dans ces différents domaines.

Graphique n° 44 : appréciation des organismes sur les principaux apports de la certification en matière de gestion

En nombre d'organismes



Source : réponses des organismes au questionnaire de la Cour des comptes

Les opinions sont davantage partagées, en revanche, quant à l'impact positif de la certification sur la qualité du service rendu aux cotisants et aux bénéficiaires de prestations.

3 - Des informations encore insuffisantes à l'appui des prévisions

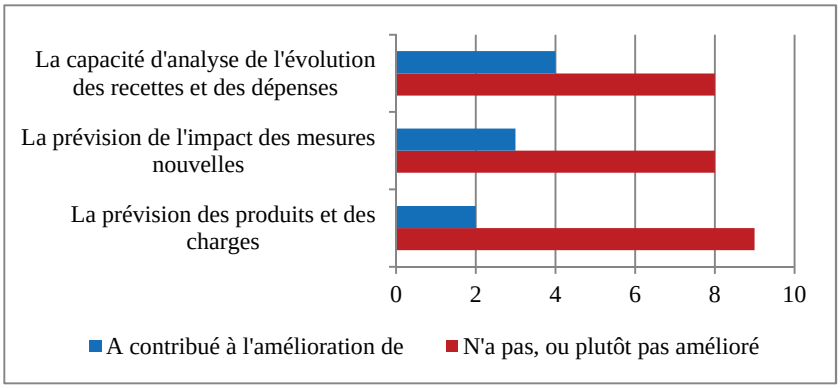
Les outils mis en place à l'instigation des certificateurs pour la sécurisation des comptes et leur formalisation dans le dossier de clôture utilisé pour auditer les états financiers s'appuient sur les capacités de prévision des organismes, mais peuvent aussi contribuer à leur enrichissement.

Ainsi, les revues analytiques des comptes doivent dégager des corrélations rationnelles entre les variables physiques, sociales ou financières (démographie, comportements économiques, taux de prélèvement social, etc.) et les données comptables. Les méthodes d'évaluation des provisions, dépréciations de créances et produits à recevoir exigent des organismes audités d'affiner leur connaissance historique des variations du recouvrement des produits et du versement des prestations.

Les réponses des organismes montrent cependant que la certification n'est pas encore perçue à ce stade comme ayant permis d'améliorer leur capacité de prévision, notamment pour ce qui concerne l'évaluation *ex ante* de l'incidence financière des mesures nouvelles.

Graphique n° 45 : appréciation portée sur l'apport de la certification en matière d'analyse et de prévision

En nombre d'organismes



Source : réponses des organismes au questionnaire de la Cour des comptes

Les outils mis en place ne sont de fait pas encore suffisamment développés et utilisés dans toutes leurs dimensions, non seulement pour la certification, mais aussi sur un champ plus large pour aider à mieux éclairer les évolutions à venir.

Les revues analytiques sont encore souvent insuffisamment approfondies et produites tardivement. Les écarts significatifs par rapport aux prévisions des soldes des branches du régime général des exercices 2014 et 2015 conduisent à recommander qu'une plus grande attention soit portée à ces outils d'analyse des comptes et à la comparaison *ex post* entre les prévisions et les réalisations de l'exercice.

C - Des coûts à mettre en regard des masses financières auditées

1 - De nombreux agents sollicités ponctuellement, mais un effectif réduit mobilisé à plein temps

La plupart des organismes interrogés soulignent qu'il est difficile de quantifier la charge de travail liée à la certification, qui est intégrée à l'activité courante de contrôle interne et d'élaboration des comptes.

Dans le cadre de son enquête sur la comptabilité générale de l'État, la Cour a pu évaluer à 2 700 équivalents temps plein les effectifs consacrés à la tenue de cette comptabilité par les administrations de l'État. Dans leur cas cependant, la comptabilité générale s'ajoute à une comptabilité budgétaire qui demeure la référence centrale, ce qui permet d'isoler le coût additionnel de la tenue de cette comptabilité supplémentaire.

Très différente est la situation de la sécurité sociale : la comptabilité générale est, depuis 1996, le cadre comptable unique des organismes de sécurité sociale. Les tâches propres à l'établissement des états financiers en comptabilité générale font partie des missions normales. La certification des comptes apporte un gage de qualité, mais ne sollicite pas en tant que telle un effort additionnel important. Celui–ci comprend pour l'essentiel les tâches spécifiques de participation aux réunions et de préparation de documents justificatifs ou explicatifs à destination des certificateurs.

a) Les branches du régime général

Tout en soulignant les difficultés éprouvées pour isoler les ressources en personnel spécifiquement allouées à la certification, les caisses nationales ont fourni une estimation en nombre d'agents et en équivalents temps plein (ETP).

Une étude effectuée en 2012 par l'ACOSS évaluait à 40 ETP, dont 17 à l'ACOSS et 23 dans son réseau, les effectifs directement mobilisés pour la certification des comptes, une fois déduit le temps passé par les agents à la production des comptes eux-mêmes, tâche qui aurait dû être effectuée même en l'absence de certification, et à la maîtrise des risques opérationnels, financiers et comptables.

La CNAMTS présente une évaluation des ressources humaines consacrées à la certification de 16 ETP[481], quasi-exclusivement à l'agence comptable, auxquels s'ajoutent les effectifs d'auditeurs de la validation des comptes, soit 16 agents. Elle relève que les travaux effectués par l'agence comptable à la demande de la Cour répondent aussi aux exigences du décret d'octobre 2013 sur le contrôle interne des organismes de sécurité sociale.

Les effectifs estimés par la CNAVTS et par la CNAF sont respectivement de 6 et de 10,5 ETP, auxquels s'ajoutent les équipes d'auditeurs de la validation des comptes, soit 7 et 9,5 agents pour chacune des deux branches. La CNAVTS souligne également l'importance du temps consacré par ses collaborateurs à l'appui des audits informatiques effectués par la Cour.

Peu d'activités sont citées comme étant spécifiquement et quasi exclusivement consacrées au processus de certification. C'est le cas des études de corroboration des comptes effectuées par l'ACOSS et de la mesure de l'impact financier des incidents informatiques à la CNAVTS. Selon ces organismes, la certification est cependant parfois considérée comme une contrainte supplémentaire.

b) Les autres régimes

Les ressources consacrées à l'exercice de certification annuel restent limitées : en moyenne, pour les sept régimes qui ont fourni une évaluation[482], ils s'établissent à environ 100 jours/homme, principalement au sein de l'agence comptable, mais aussi dans les services gestionnaires.

Le nombre d'agents sollicités au moins une fois au cours de l'année au sein des organismes est plus important, notamment au cours des premières phases des audits de certification - les missions intermédiaires (plus de 40 personnes en moyenne dans les sept régimes ayant fourni une évaluation et 30 personnes en moyenne dans les agences comptables). Les services de l'agence comptable sont davantage mobilisés que les services gestionnaires rattachés aux directeurs (55 jours/homme en moyenne, contre 45 jours/homme).

[481] 55 collaborateurs de l'agence comptable participent au processus de certification des comptes. Leur temps de participation, estimé à 15 équivalents temps plein, comprend les travaux de centralisation et de contrôle des mesures du risque financier résiduel, des contrôles ciblés et l'ensemble des contrôles prévus par le plan de contrôle de l'agent comptable.

[482] Cet effet de la certification n'est pas compris dans les chiffres précédents.

Des effectifs importants ont cependant été mobilisés pour la construction des dispositifs de contrôle interne, la maîtrise des risques informatiques et le renforcement des fonctions comptables, à la suite des demandes des certificateurs.

Des prestations externes ont également été sollicitées par plusieurs régimes : accompagnement et conseil, aide à la mise en place d'un inventaire, maîtrise d'œuvre informatique et assistance à maîtrise d'ouvrage, harmonisation des règles comptables et formation des agents notamment. En cumul, le montant des prestations facturées à ce titre aux régimes interrogés s'est élevé à 4,7 M€ sur la période 2005-2014.

2 - Un coût limité par rapport aux charges techniques sous revue

Le coût de la certification du régime général par la Cour des comptes peut être évalué à partir des charges de personnel (magistrats et experts) et de sous-traitance informatique directement liées à la certification. En 2014, il s'élevait à 2,8 M€, soit 0,0007 % des charges techniques du régime général. Ce montant ne peut toutefois être directement comparé à ceux facturés par les commissaires aux comptes, car il n'intègre pas les coûts indirects.

Les montants facturés en 2014 par les commissaires aux comptes des neuf régimes obligatoires les plus importants (hors « diligences directement liées[483] ») représentaient de l'ordre de 1,13 M€ au total, soit 0,0013 % des charges techniques des régimes. Pour l'ensemble de la période 2008-2014, ils ont représenté de l'ordre de 10 M€ en cumul, les coûts ayant été plus élevés au cours des premiers exercices de certification. Les facturations des commissaires aux comptes ont été fréquemment majorées, au cours des premières années, par des marchés complémentaires liés à la complexité des organisations et des procédures internes des organismes audités et à leur insuffisante préparation à la certification, qui n'avaient pu être correctement anticipées dans les réponses aux appels d'offre initiaux.

Les écarts autour de cette moyenne sont corrélés avec la taille et la structure des régimes, ainsi qu'avec l'opinion émise par le certificateur au cours des exercices précédents. Les deux régimes les plus importants, dotés d'un réseau, la MSA et le RSI, ont des ratios de facturation proches de cette moyenne. Pour les plus petits régimes, qui ont connu dans le

[483] Travaux d'audit ne relevant pas de la mission légale de certification des comptes, mais dont la réalisation s'inscrit dans le prolongement de cette dernière.

passé plusieurs exercices certifiés avec réserves ou un refus de certification (CANSSM, CNAVPL, CNMSS et ENIM), les montants facturés sont supérieurs à ce taux moyen. Les organismes plus importants, centralisés, dont les comptes sont certifiés sans réserve depuis 2008 ou 2009 (CPRPSNCF, CNIEG), connaissent les coûts les plus faibles au regard de leur dimension financière.

Trois régimes (MSA, RSI et ENIM) ont eu recours à des prestations de conseil pour la préparation de la certification, portant principalement sur l'audit des dispositifs de contrôle interne et du processus d'établissement des comptes.

Enfin, des diligences complémentaires (« diligences directement liées ») ont été effectuées par les commissaires aux comptes de la MSA, du RSI et de la CPRPSNCF. En particulier, des prestations supplémentaires ont été facturées pour la réalisation de travaux non prévus dans le marché initial et portant sur le contrôle interne des activités du RSI ayant trait aux prélèvements sociaux, en réponse à des interrogations soulevées par la Cour.

⁂

La certification a constitué un axe de progrès pour les régimes de base de sécurité sociale. Par les priorités affichées par les certificateurs, fondées sur une analyse des risques, et par la mise sous tension des différents acteurs qu'elle a provoquée, elle a concouru à remettre en question certains modes de gestion et a poussé à leur modernisation. Elle a permis de mettre à la disposition du Parlement et de l'ensemble des parties prenantes des informations financières dont la fiabilité est attestée. Le coût financier pour les organismes et pour la collectivité est resté modéré, au regard des masses financières et des enjeux. Pour confirmer ces apports positifs, elle doit à présent être mieux adaptée aux besoins et aux contraintes des organismes.

III - Un exercice à adapter aux évolutions de la sécurité sociale

Les branches et régimes de sécurité sociale doivent franchir une nouvelle étape et approfondir les actions de maîtrise des risques pour continuer à améliorer la qualité de leurs comptes. En outre, leurs autorités de tutelle ont à clarifier les modalités de gestion des relations croisées entre régimes et organismes, source de risques encore mal appréhendés. Par ailleurs, les modalités de l'exercice de la certification ont vocation à évoluer afin d'améliorer le pilotage financier de la sécurité sociale.

A - De nouvelles avancées nécessaires pour l'application des référentiels comptables et de contrôle interne

1 - Des exigences renforcées en matière de contrôle interne et des enjeux informatiques lourds

Le décret du 14 octobre 2013 relatif au contrôle interne des organismes de sécurité sociale traduit un degré d'exigence renforcé, en mettant en particulier l'accent sur l'évaluation de l'efficacité des dispositifs en vigueur. Cet axe constitue pour de nombreux organismes un nouvel enjeu, après la phase de mise en place des dispositifs eux-mêmes, dans deux domaines en particulier.

a) Le renforcement des dispositifs de lutte contre la fraude

Le renforcement des dispositifs de maîtrise des risques de portée financière passe par de nouvelles avancées dans les dispositifs de lutte contre la fraude, que celle-ci soit externe, interne ou par collusion.

En effet, les référentiels et les outils en place ne se sont structurés que lentement et souvent tardivement et, au regard des masses financières en jeu, les montants des fraudes détectées, bien qu'en augmentation, apparaissent modestes.

Dans la branche famille, l'évaluation de la fraude potentielle fait l'objet d'une enquête sur place, dont les résultats fondent depuis 2015 l'évaluation du risque financier résiduel lié à la qualité des données fournies par les bénéficiaires de prestations légales (« données entrantes »). Dans les autres branches du régime général, en revanche, les dispositifs de lutte contre la fraude externe ne sont généralement conçus qu'en réponse à des cas de fraude avérés, sans que les risques potentiels de fraude ne soient suffisamment analysés.

Une meilleure connaissance des enjeux financiers attachés aux risques de fraudes et un développement des outils et méthodes permettant d'améliorer le ciblage des contrôles apparaissent nécessaires. L'attention

portée à ces sujets par les dirigeants des organismes de sécurité sociale et la place qui leur est donnée dans les plans d'action doivent encore être accrues.

b) La nécessaire adaptation des systèmes d'information

La trajectoire de levée des réserves sur les comptes des branches du régime général et de certains autres régimes se heurte à des obstacles de nature informatique, porteurs de lourds enjeux, en termes techniques et financiers, ainsi qu'en matière de gouvernance.

La poursuite de la rénovation des systèmes d'information conditionne, dans tous les régimes et organismes, l'optimisation des processus de gestion, la correcte application des mesures nouvelles législatives et réglementaires et une qualité de service élevée.

Ces évolutions sont progressives. Ainsi, les différents systèmes d'information hérités des caisses fusionnées pour constituer le RSI continuent à être utilisés pour la gestion du dispositif de l'interlocuteur social unique (ISU), sans encore communiquer entre eux. Dans l'activité de recouvrement, le projet Clé'A porté par l'ACOSS a pour ambition de restructurer le système d'information de gestion des URSSAF sur une période allant jusqu'en 2024.

Les grands chantiers informatiques en cours (déclaration sociale nominative, répertoire de gestion des carrières unique, évolutions du répertoire national commun de la protection sociale…) revêtent également des enjeux majeurs pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale. Leur portage reste marqué par un encadrement juridique faible. La maîtrise d'ouvrage est assurée par des groupements d'intérêt public (GIP-MDS, Union retraite) qui regroupent l'ensemble des parties prenantes. De fait, ces instances sont conduites à assumer des choix qui, bien que techniques, peuvent avoir des conséquences fortes. Les autorités de tutelle devraient ainsi s'investir plus fortement encore dans les dimensions stratégiques de ces projets.

Enfin, l'évolution vers des systèmes d'information intégrés[484], déjà présents dans les entreprises depuis les années 1990, et qui assurent la gestion dans un même système de l'ensemble des activités, à la fois de production, administratives et comptables, n'est pas encore en cours dans les principaux régimes de sécurité sociale.

[484] Progiciels de gestion intégrée, ou ERP selon la terminologie anglo-saxonne.

2 - La mention dans les états financiers des engagements pluriannuels relatifs aux prestations

Depuis maintenant plusieurs années, le montant des engagements au titre des retraites, liquidées ou non, et le besoin de financement actualisé, calculé sur les cent prochaines années, sont mentionnés dans l'annexe du compte général de l'État pour les fonctionnaires ainsi que pour les régimes spéciaux subventionnés par l'État.

Les annexes aux comptes des régimes de sécurité sociale ne fournissent pas une telle information, s'agissant notamment des assurés relevant du régime général et des principaux régimes obligatoires. Cette absence d'information, qui s'étend aux autres engagements pluriannuels en matière de prestations légales (rentes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, pensions d'invalidité, certaines prestations versées par la branche famille) fait l'objet d'une observation de la Cour dans son rapport de certification des comptes du régime général.

S'agissant de régimes de retraite par répartition et en l'absence de mécanismes d'équilibrage automatique de leurs résultats, les pensions qui ont été attribuées ou qui seront liquidées au titre des droits déjà acquis par les cotisants et dont le versement se poursuivra sur plusieurs exercices, constituent des charges futures de nature à affecter le montant ou la consistance du patrimoine de ces régimes. Au sens du plan comptable général, elles représentent des engagements hors bilan qu'il y a lieu de mentionner dans l'annexe aux comptes.

L'ensemble des régimes de retraite financés par répartition, qu'il s'agisse du régime des fonctionnaires de l'État ou des autres régimes, voient leur équilibre financier assuré simultanément, en cohérence et dans les mêmes conditions, au moment du vote des lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale. Les conditions d'équilibre financier votées par le Parlement portent ainsi sur l'ensemble des régimes par répartition. Dès lors, le traitement comptable de leur mise en œuvre devrait obéir à des modalités identiques.

La Cour recommande par conséquent, en cohérence avec l'observation formulée dans le rapport de certification du régime général, qu'une information chiffrée relative aux engagements pluriannuels en matière de prestations légales soit inscrite dans les annexes aux comptes des régimes concernés, qui devront honorer ces engagements à partir des recettes qui leur sont affectées par le législateur.

3 - Des engagements de progrès des branches du régime général désormais inscrits dans une trajectoire pluriannuelle de levée des réserves

Les travaux d'audit de la Cour sur le régime général s'inscrivent depuis l'exercice 2015 dans une approche renouvelée, tirant les enseignements de neuf années d'examen approfondi de l'ensemble des processus de gestion et de comptabilisation des caisses nationales et des organismes de base de leurs réseaux. La Cour a ainsi proposé à chacune des branches de les accompagner dans le suivi de leur trajectoire pluriannuelle de levée des réserves et des plans d'action mis en œuvre à cet effet.

La tenue d'un cycle de réunions mensuelles contribue à faire émerger une vision partagée des principaux enjeux et des priorités à retenir pour améliorer la qualité des comptes, et en premier lieu le contrôle interne. À cette occasion, sont passées en revue les actions déployées ou programmées par les organismes nationaux du régime général, en réponse notamment aux recommandations formulées chaque année par le certificateur des comptes. Les communications transmises en décembre dernier par la Cour aux directeurs des organismes nationaux et à leurs autorités de tutelle[485] comportaient ainsi 90 points de recommandation.

Les organismes sont incités à s'appuyer sur une trajectoire de levée des réserves pour hiérarchiser et cadencer le lancement de plans d'actions, conduits sur plusieurs exercices. Le dialogue avec la Cour facilite pour ces derniers l'identification des conditions à remplir pour s'orienter vers une certification sans réserve, même s'il reste de la responsabilité de l'auditeur de vérifier la correcte mise en œuvre de ces dispositifs et d'évaluer leur efficacité pour décider une levée effective de réserve.

4 - Une articulation à renforcer avec les conventions d'objectifs et de gestion

La démarche contractuelle entre l'État et les caisses nationales des principaux régimes obligatoires de base portée par les conventions d'objectifs et de gestion (COG) reprend certains objectifs et indicateurs mis en avant par les certificateurs. Une convergence accrue des objectifs, des calendriers et des modalités de leur réalisation gagnerait cependant à être recherchée.

[485] Sur le fondement de l'article R. 143-9 du code des juridictions financières.

Les COG fixent en particulier des objectifs d'amélioration de la qualité de la liquidation des prestations sociales, de modernisation des systèmes d'information, de renforcement de la lutte contre les fraudes externes ou de certification des comptes en cas de refus de certifier (COG 2011-2015 de la MSA, COG 2014-2017 de la CANSSM). Ces orientations ont concouru à la mise en place ou au renforcement, sous l'impulsion des caisses nationales, d'un contrôle interne comptable, financier et informatique.

À l'inverse, les travaux de certification portant sur la mesure du risque financier résiduel affectant les prestations légales dans les branches du régime général ont contribué à la définition, dans les COG, de nouveaux indicateurs de fiabilité des paiements (branche famille[486]) ou à l'évolution des indicateurs existants (branche maladie[487]).

Une meilleure articulation entre les deux démarches pourrait s'appuyer sur la dynamique de trajectoire pluriannuelle de levée des réserves récemment engagée par la Cour avec les branches du régime général.

À cette fin, les prochaines COG auraient vocation à mettre en exergue les engagements ou les actions dont la réalisation servirait les priorités retenues dans le dialogue avec le certificateur des comptes.

L'amélioration de l'efficacité des dispositifs de contrôle interne devrait constituer, à ce titre, un axe prioritaire des prochaines COG. L'évaluation de leur efficacité devra reposer en particulier, en application des dispositions du décret d'octobre 2013, sur la mesure du risque financier résiduel attaché au règlement des prestations et au recouvrement des prélèvements sociaux, selon une méthodologie limitant les risques de sous-détection des anomalies à incidence financière en faveur ou au détriment des assurés ou allocataires et des cotisants.

[486] Conformément aux engagements pris dans la COG 2013-2017, la branche famille a mis en place en 2015 deux nouveaux indicateurs annuels de risque résiduel mesurant les anomalies « données entrantes » et les anomalies « métier ».

[487] À la différence de la COG 2010-2013, la COG 2014-2017 de la branche maladie ne fixe cependant plus d'objectif de taux de fiabilité des paiements des prestations en nature et des indemnités journalières.

B - Des relations croisées entre régimes et organismes qui appellent une rénovation du cadre juridique

Les liens de plus en plus nombreux entre les organismes et avec d'autres administrations publiques constituent une évolution de fond du système de sécurité sociale. L'examen des comptes de chaque régime conduit par conséquent les certificateurs à demander des assurances sur la fiabilité des informations provenant de ses partenaires. Ils se préoccupent notamment, de façon croissante, de la qualité des données transmises par les organismes délégataires, ainsi que des flux d'information automatisés provenant de la sphère fiscale et sociale et des dispositifs mutualisés entre branches et régimes de sécurité sociale. Ces évolutions appellent une définition plus précise des rôles et responsabilités de chacun et des évolutions du cadre juridique.

1 - Une interdépendance croissante des différents régimes, qui modifie l'exercice de la certification

Les relations financières entre les différents régimes se sont intensifiées au cours des dernières années, avec le développement des mécanismes d'intégration financière au régime général d'un nombre croissant de régimes obligatoires.

La loi de financement pour 2016 marque une étape supplémentaire dans le développement de tels mécanismes. Ainsi, dans le cadre de la protection universelle maladie (PUMa) mise en place au 1er janvier 2016, la branche maladie du régime général devra retracer en produits et charges, dans ses comptes, l'ensemble des produits et charges des régimes d'assurance maladie obligatoire correspondant au niveau de cotisations et de prestations du régime général. Les montants en écart par rapport à la règlementation du régime général continueront à être retracés en dotation d'équilibre de la CNAMTS aux régimes. La Cour sera donc conduite à demander des éléments d'assurance sur ces montants de produits et charges aux commissaires aux comptes des autres régimes ayant une activité significative.

Dans le cadre de la liquidation unique des régimes alignés (LURA), chacun des régimes de base concernés (régime général, MSA et RSI) sera amené, à partir de 2017, à liquider la totalité de la pension des affiliés à ce régime au moment de leur départ à la retraite, y compris pour la partie de leur carrière qui s'est déroulée dans un autre régime. Le certificateur du régime liquidateur sera par conséquent conduit à rechercher des éléments d'assurance sur la fiabilité des données de

carrière contenues dans le répertoire de gestion des carrières unique (RGCU) alimenté par l'ensemble des régimes, qui centralise les carrières tous régimes en vue de la liquidation unique prévue en 2017.

Pour les certificateurs des comptes, la multiplicité des relations financières entre les régimes impose de vérifier l'exhaustivité et l'exactitude de nombreux flux retracés dans les comptes qu'ils auditent, sans qu'ils disposent dans tous les cas des informations nécessaires à l'obtention d'une assurance raisonnable sur l'absence d'anomalies de portée significative dans les flux comptabilisés.

Les rapports de la Cour et des commissaires aux comptes font ainsi état de plusieurs réserves portant sur des flux d'information provenant d'autres acteurs, dont la fiabilité n'est pas assurée (flux provenant d'autres régimes de sécurité sociale, de l'État, de mutuelles, de Pôle Emploi, etc.).

Ces évolutions appellent un travail plus collaboratif entre la Cour et les commissaires aux comptes en charge de la certification des comptes des autres régimes obligatoires de sécurité sociale et la mise en œuvre de relations de travail avec les commissaires aux comptes d'autres entités.

2 - Un mode d'administration des délégations de gestion et des échanges d'informations à améliorer

Les activités déléguées à d'autres organismes et les informations reçues sous forme dématérialisée de la part d'institutions partenaires doivent faire l'objet d'une attention particulière. Leur contrôle soulève en effet des difficultés encore irrésolues, qui se traduisent par des réserves dans les opinions des certificateurs.

a) Le contrôle de l'activité des délégataires

Aux termes du décret du 14 octobre 2013, les dispositifs de contrôle interne doivent couvrir les risques liés aux opérations effectuées pour leur compte par les organismes délégataires de chaque régime.

Or, le dispositif mis en place par la CNAMTS ne permet pas de disposer d'une assurance raisonnable sur l'efficacité du contrôle interne en vigueur dans les mutuelles gestionnaires des prestations en nature par délégation de la branche maladie. De même, la CNAF n'est pas en mesure d'apprécier l'efficacité du contrôle interne dans les caisses de la MSA, délégataires de la gestion des prestations familiales. Les commissaires aux comptes du RSI constatent dans leur opinion que l'assurance dont ils disposent sur la gestion des prestations d'assurance maladie déléguée aux organismes conventionnés reste limitée, malgré certains progrès.

À l'inverse, l'ACOSS, qui recouvre des prélèvements sociaux pour le compte de neuf cents organismes attributaires, est sollicitée par les commissaires aux comptes de certains d'entre eux, qui lui demandent de documenter la répartition des recettes entre attributaires par des éléments de justification comptable issus de son système d'information de gestion. Ces demandes s'ajoutent aux éléments fournis par la Cour aux commissaires aux comptes précités dans le cadre des échanges prévus à l'article L. 141-3 du code des juridictions financières et représentent une charge supplémentaire pour l'ACOSS, déjà sollicitée par la Cour pour la certification des comptes combinés de l'activité de recouvrement.

Une réflexion devrait être engagée afin de définir les moyens d'assurer, dans ces relations complexes entre organismes, la fiabilité des échanges et le contrôle des gestions déléguées, sans mettre en place des mécanismes redondants. Sont à mobiliser à cette fin les dispositifs d'audit interne des organismes, les dispositifs de conventionnement entre organismes prévus par le décret de 2013 sur le contrôle interne et les travaux des commissaires aux comptes, suivant des protocoles clarifiés et bien établis, facteurs de confiance entre des acteurs dont les champs d'action réciproques seraient ainsi préservés.

b) La qualité des échanges dématérialisés d'informations

Les branches du régime général et les régimes obligatoires sont tributaires, pour la conduite de leur activité, de flux d'information dématérialisés en provenance d'autres régimes ou d'autres institutions, comme la direction générale des finances publiques et Pôle emploi.

Dans d'autres cas, des processus partagés entre deux branches ou régimes nécessitent des échanges de données fréquents entre deux systèmes d'information distincts. C'est le cas, par exemple, en matière de risques professionnels où la gestion du processus de tarification et de recouvrement des cotisations sociales est partagée entre la branche AT-MP et l'activité de recouvrement du régime général. C'est le cas également du recouvrement des prélèvements sociaux des artisans et commerçants, partagé entre le RSI et le réseau des URSSAF.

Dans le domaine des retraites, le répertoire EIRR (Échanges inter-régimes de retraite) a été mis en place à partir de 2009 afin de regrouper l'ensemble des informations des régimes de retraite de base et complémentaires nécessaires au calcul de certaines prestations. Les difficultés qui ont marqué la construction et l'alimentation de ce

répertoire[488] soulignent que la fiabilisation des données des référentiels unifiés constitue un défi important. Le partage entre les différents acteurs des responsabilités relatives au contrôle de la fiabilité des données qu'ils contiennent, et la cohérence de celles-ci, paraît encore imprécis.

La mise en place de la déclaration sociale nominative (DSN) et son utilisation par l'ensemble des branches et régimes appelle par ailleurs des arbitrages entre les exigences de qualité des données posées par les différentes parties prenantes, et les impératifs de production, qui conduisent à alléger les contrôles automatisés à caractère bloquant.

3 - Les échanges d'informations entre certificateurs : un cadre juridique à compléter

L'article L. 141-3 du code des juridictions financières fixe le cadre juridique applicable aux échanges d'information entre la Cour et les commissaires aux comptes pour la mise en œuvre de leur mission de certification des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et d'autres organismes de protection sociale.

Son champ d'application relativement étroit ne permet cependant pas à la Cour d'adresser des demandes d'informations aux commissaires aux comptes certifiant les comptes des établissements publics de santé et les comptes des mutuelles délégataires de la gestion des prestations d'assurance maladie et maternité. De ce fait, la Cour n'est pas en mesure d'obtenir des éléments d'appréciation sur la qualité du dispositif de maîtrise des risques attachés à la chaîne de la recette dans les établissements de santé, ce qui l'a conduite à exprimer une réserve pour limitation sur les comptes combinés de la branche maladie du régime général de l'exercice 2015.

L'article L. 141-3 du code des juridictions financières pourrait utilement être complété pour élargir les possibilités d'échanges d'informations entre certificateurs dans les cas de flux financiers et informationnels entre le régime général et les autres organismes appartenant ou non à la sphère sociale, détenant des données nécessaires pour la gestion des prestations et des prélèvements sociaux dont il a la charge.

[488] D'autres bases de données inter-régimes mutualisées sont également gérées par la CNAVTS : le répertoire national commun des prestations sociales (RNCPS), qui dépasse le seul champ des retraites et le répertoire de gestion des carrières unique (RGCU).

Par ailleurs, les règles relatives au secret professionnel qui s'appliquent à la profession de commissaires aux comptes ne permettent pas à ces derniers d'obtenir directement des informations auprès des commissaires aux comptes des organismes délégataires de la gestion de certaines opérations de la part de l'organisme dont ils certifient les comptes. Ces informations doivent être demandées à l'organisme audité, qui s'adresse alors à son délégataire pour recevoir de sa part des éléments d'assurance attestés par son commissaire aux comptes. Cette procédure complexe donne lieu à la facturation par le commissaire aux comptes du délégataire de « diligences directement liées », ce qui renchérit le coût global de la certification.

C - Faciliter une appréciation financière plus globale de l'ensemble des administrations publiques

1 - Adapter le calendrier des comptes sociaux au nouveau contexte créé par le semestre européen

Selon le semestre européen mis en place par l'Union européenne pour la coordination des politiques économiques des pays membres, le programme de stabilité présente au mois d'avril la stratégie et la trajectoire à moyen terme de redressement du solde de l'ensemble des administrations publiques.

Ce nouveau contexte a conduit en 2014 à avancer de deux semaines le calendrier de clôture des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale afin d'améliorer les conditions de la notification à Eurostat du déficit des administrations publiques et le pilotage de la trajectoire de redressement des comptes sociaux.

Un arrêté du 24 décembre 2014 a formalisé ce nouveau calendrier. À partir de l'exercice 2015, la date d'établissement des comptes annuels est fixée au 22 février pour les comptes provisoires et au 15 mars pour les comptes définitifs.

Ce raccourcissement du calendrier de clôture des comptes a nécessité de la part des organismes nationaux de sécurité sociale, notamment ceux qui pilotent un réseau, des efforts importants de réorganisation des opérations de clôture. Cette mise sous tension concerne notamment les notifications de l'ACOSS aux branches de prestations du régime général et les communications entre les régimes obligatoires intégrés financièrement et les branches du régime général, qui intègrent dans leurs comptes les soldes (CNAMTS, CNAVTS) ou les produits et les charges (CNAF, CNAMTS à terme dans le cadre de la PUMa) de ces régimes.

Afin de desserrer les contraintes pesant sur les opérations de fin d'exercice et de dégager des marges supplémentaires pour une nouvelle étape d'avancement du calendrier de clôture, il convient de revoir les processus de clôture des comptes, en particulier dans les régimes à réseaux, en procédant à certaines opérations d'estimation comptable avant la fin de l'exercice. Par ailleurs, le calendrier des opérations de validation des comptes des organismes de base par les agents comptables des organismes nationaux devrait être adapté afin que les résultats des audits internes soient disponibles dans un délai compatible avec les travaux des certificateurs.

Ces évolutions seraient accompagnées d'un avancement, par la Cour, de la publication de son rapport de certification des comptes du régime général, actuellement transmis au Parlement au mois de juin, qui serait ainsi alignée sur celle de l'acte de certification des comptes de l'État[489]. De même, la transmission anticipée du rapport annuel des commissaires aux comptes aux conseils d'administration des autres régimes permettrait d'avancer la date d'approbation de leurs états financiers.

Le calendrier d'établissement par la direction de la sécurité sociale des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial relatifs au dernier exercice clos[490] devrait également être avancé, de façon à permettre un examen conjoint par le Parlement de la loi de règlement du budget de l'État et des résultats de la sécurité sociale, comme l'a recommandé la Cour dans son rapport sur la sécurité sociale de 2014[491].

2 - Des réformes en cours qui ouvrent la voie à des états financiers combinés de la sécurité sociale

L'intégration dans les lois de financement de la sécurité sociale d'articles portant approbation des tableaux d'équilibre puis plus récemment du tableau patrimonial retraçant respectivement les éléments de compte de résultat et de bilan de l'ensemble des régimes obligatoires de base a marqué un progrès réel.

---

[489] Le moment auquel la Cour communique ses positions aux commissaires aux comptes du RSI, de l'Unédic et de l'AGS serait ainsi avancé.

[490] Voir le chapitre III du présent rapport : les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2015 : avis sur la cohérence.

[491] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre V : les lois de financement de la sécurité sociale : une ambition à élargir, La Documentation française, p. 154-176, septembre 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

Pour autant, les tableaux d'équilibre ne constituent pas encore un compte de résultat combiné de la sécurité sociale. En effet, ils sont présentés sous la forme d'un montant agrégé de produits et de charges et d'un solde[492]. En outre, ils font l'objet de retraitements par la direction de la sécurité sociale, qui s'écartent des principes de la comptabilité générale. Ces retraitements entraînent également des délais dans la production du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base, qui n'est disponible qu'à la fin du mois de juillet.

Or, les réformes en cours dans l'assurance maladie et l'assurance vieillesse s'accompagnent d'évolutions comptables, qui permettent d'envisager la construction, à un terme rapproché, de comptes combinés par risque de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Avec l'instauration de la protection universelle maladie, le compte de résultat de la branche maladie du régime général deviendra un compte de résultat de l'assurance maladie universelle, tous régimes de base confondus. La CNAMTS sera alors l'entité combinante de l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

La liquidation unique des régimes alignés orientera vers la branche vieillesse du régime général une part prépondérante des dossiers de retraite des polypensionnés et permettra la mise en place par la CNAVTS d'un premier périmètre de combinaison.

Quant à la branche famille, elle a d'ores et déjà un caractère inter-régimes et retrace dans ses comptes, depuis 2014, les produits et les charges administratives et techniques de la MSA, dernier régime délégataire du versement des prestations familiales.

Ces comptes combinés par risque, soumis à certification, fourniraient au Parlement une source d'information fiable et normalisée et un nouvel outil d'aide à la décision pour le pilotage des finances publiques. À plus long terme, ils rendraient possible d'envisager l'établissement d'un compte unique des régimes obligatoires de base, qui permettrait de supprimer les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale, dont la Cour souligne, en dépit de progrès, les imperfections dans l'avis qu'elle rend chaque année sur leur cohérence.

⁂

[492] L'annexe 4 au projet de loi de financement détaille cependant ces agrégats, mais à un niveau de granularité encore insuffisant.

Au terme de dix années de certification, les enjeux se sont pour partie déplacés. L'efficacité des dispositifs de contrôle interne et la qualité des comptes conservent un degré identique de priorité. Mais les principales limites rencontrées aujourd'hui par les auditeurs externes dans l'exercice de leur mission de certification des comptes découlent de la complexité du système de sécurité sociale, constitué d'une juxtaposition de régimes, de branches et d'organismes tout à la fois autonomes sur un plan institutionnel et interdépendants sur un double plan fonctionnel et financier. Les réformes en cours, qui ont pour objectif de rationaliser ces dispositifs, permettent d'envisager l'établissement de comptes combinés par risque de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale qui seraient eux-mêmes soumis à une procédure de certification.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Une décennie d'exercice de certification des comptes du régime général de sécurité sociale et l'expérience de la certification des comptes des autres régimes de base depuis 2008 conduisent à un double constat. L'évolution des opinions des certificateurs pendant cette période rend compte d'une amélioration générale de la qualité des comptes produits par ces organismes, permise par la consolidation progressive, encore inaboutie et diversement maîtrisée, des dispositifs de contrôle interne. Les réserves encore nombreuses exprimées par les certificateurs témoignent du maintien de fragilités ou de dysfonctionnements liés aux faiblesses persistantes des dispositifs de contrôle interne, aux limites des systèmes d'information, à l'application incomplète du principe de tenue des comptes en droits constatés et à la difficulté à apprécier la qualité des informations transmises par d'autres régimes ou partenaires.

Les apports de la certification sont largement reconnus. Le rapport de certification des comptes du régime général publié par la Cour, comme ceux des commissaires aux comptes des régimes de base, fournissent des éléments d'assurance sur la fiabilité des états financiers, nécessaires au Parlement lors de la préparation des lois de financement de la sécurité sociale, et des voies d'amélioration de la qualité des comptes. La certification constitue également, pour les conseils d'administration et pour les entités partenaires, ainsi que pour les marchés financiers dans le cas d'organismes emprunteurs, un gage de crédibilité et un facteur de confiance. Elle est aussi un levier de réforme et un vecteur de modernisation de la gestion pour les organismes eux-mêmes, au-delà des contraintes qu'elle fait peser sur ces derniers. Pour les assurés, elle contribue enfin au paiement des prestations à bon droit et au recouvrement de prélèvements sociaux exacts. Il s'agit là d'un enjeu important pour la réduction des déficits sociaux, auxquels concourent les versements injustifiés de prestations.

Le degré de maturité observé dans la prise en charge des exigences qu'impose la certification doit permettre de faire face aux enjeux nouveaux créés par l'évolution du contexte et de l'organisation financière de la sécurité sociale. La levée des réserves existantes appelle tout d'abord la poursuite des efforts engagés par les organismes, dans la perspective pluriannuelle que la Cour vient de retenir avec les branches du régime général ; le soutien des autorités de tutelle sera, ensuite, déterminant en raison du caractère souvent structurel des réformes en cours, de la réorganisation des réseaux à la rénovation des systèmes d'information et aux chantiers liés à la numérisation des données (DSN), ainsi que pour clarifier les responsabilités dans un système où l'écheveau des échanges d'informations et des délégations de gestion entre les régimes génère des risques de portée financière encore mal maîtrisés.

De tels développements ouvrent la voie à un rapprochement des calendriers de préparation des lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale et à la mise en place d'une combinaison des comptes des régimes de base par risque à un terme désormais rapproché.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

42. *faire respecter l'obligation légale de certification fixée par le code de la sécurité sociale pour les régimes de sécurité sociale gérés par la Caisse des dépôts et consignations ainsi que pour le régime de retraite de la Banque de France ;*

43. *faire de la levée des réserves sur les comptes un axe prioritaire des prochaines conventions d'objectifs et de gestion ;*

44. *élargir par la voie d'une disposition législative le champ des échanges d'informations entre la Cour des comptes et les commissaires aux comptes des entités liées par des flux financiers et informationnels aux organismes du régime général de sécurité sociale ;*

45. *engager, par étapes, la construction de comptes combinés par risque de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les soumettre à une procédure de certification ;*

46. *faire converger progressivement le calendrier de certification des comptes des organismes de sécurité sociale avec celui des comptes de l'État ;*

47. *inscrire dans les annexes aux comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale les engagements pluriannuels à l'égard des titulaires de pensions et de rentes et de leurs ayants-droits, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à la date de clôture des comptes (recommandation réitérée) ;*

48. redéfinir le partage des responsabilités entre les organismes concernés en matière de contrôle des données des répertoires interbranches mutualisés.

Chapitre XI

La gestion du personnel des organismes de sécurité sociale : une stratégie de modernisation à définir sans tarder

PRÉSENTATION

En 2015, les trois principaux régimes de sécurité sociale – régime général, mutualité sociale agricole (MSA) et régime social des indépendants (RSI) – comptaient au total 170 360 agents[493], dont 148 397 employés dans le régime général (87,1 %), 16 286 à la MSA (9,6 %) et 5 677 au RSI (3,3 %). Les dépenses de personnel[494] s'élevaient à 8,6 Md€, dont 7,3 Md€ pour le régime général, 0,9 Md€ pour la MSA et 0,4 Md€ pour le RSI, soit une part prépondérante (80 %) des frais de fonctionnement de ces régimes.

Les agents des branches du régime général (maladie et accidents du travail – maladies professionnelles, famille, vieillesse, activité de recouvrement), de la MSA et du RSI sont des salariés de droit privé, liés par un contrat de travail à des organismes de base[495] – 422 au total en 2014, rattachés à des organismes nationaux – qui les recrutent et assurent leur gestion selon les règles du code du travail et les dispositions définies par des conventions collectives nationales.

Alors que les pouvoirs publics ont fixé aux organismes de sécurité sociale un objectif de réduction de 1,4 Md€ de leurs frais de fonctionnement sur la période 2015 à 2017, la Cour a cherché à apprécier la pertinence de leur gestion du personnel et les évolutions intervenues en la matière depuis sa dernière enquête d'ensemble conduite en 2004[496], qui avait souligné les faiblesses multiples de politiques insuffisamment guidées par la recherche de gains de productivité.

La Cour a constaté que ces politiques avaient, sur la période récente, davantage contribué à l'efficience des organismes, mais que les progrès restaient inégaux et inachevés (I). Une nouvelle stratégie de modernisation est à élaborer sans tarder à l'aube d'un choc démographique majeur (II). Elle suppose un renforcement des modalités du pilotage national (III).

---

[493] Nombre de personnels sous et hors conventions collectives exprimé en « effectif équivalent temps plein moyen annuel » (ETPMA), unité qui tient compte de la quotité de travail et du temps de présence des agents.

[494] Ces dépenses comprennent la masse salariale brute (ensemble des rémunérations d'activité) et les cotisations patronales.

[495] Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), caisses d'allocations familiales (CAF), caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), caisses régionales de la MSA, caisses régionales du RSI principalement.

[496] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2004*, chapitre VIII : la gestion des ressources humaines, p. 211-238, La Documentation française, septembre 2004, disponible sur www.ccomptes.fr.

I - Des progrès récents mais inégaux et inachevés

Les politiques de gestion du personnel déployées depuis 2005 ont contribué activement, mais de façon inégale, à l'efficience des organismes. Si la maîtrise des coûts de gestion du personnel s'est nettement renforcée, en particulier depuis 2010, la recherche de gains de productivité est cependant restée plus limitée.

A - Des efforts réels de maîtrise de la masse salariale dont les résultats restent fragiles

La masse salariale courante brute[497] varie principalement sous l'effet conjugué de deux facteurs : les augmentations salariales d'une part et l'évolution du nombre d'effectifs rémunérés d'autre part, qui l'augmente ou la réduit selon le sens de cette évolution, à la fois par un effet de volume et par un effet de « noria » correspondant au différentiel des salaires moyens des personnels sortants et entrants. Sa maîtrise sur le long terme nécessite un pilotage coordonné de ces deux déterminants.

1 - Une progression modérée de la masse salariale

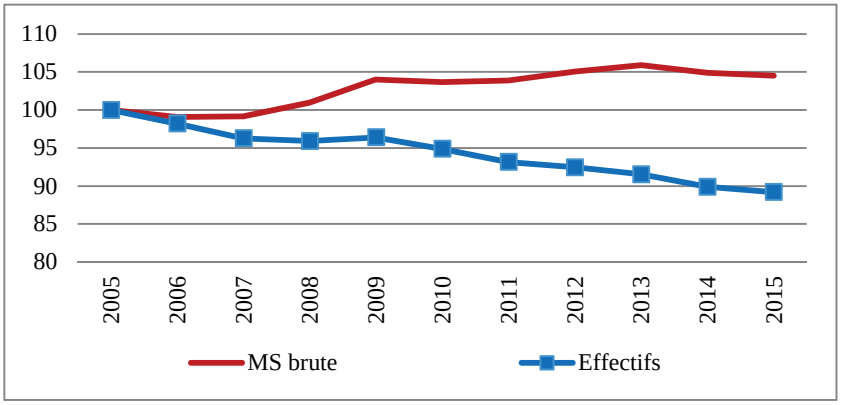
a) Une augmentation générale faible sur la période 2005-2015, facilitée par une baisse significative des effectifs

Entre 2005 et 2015, la masse salariale brute du personnel sous conventions collectives[498] du régime général (5,4 Md€ en 2015) a augmenté en moyenne de +0,4 % par an, soit une hausse cumulée de +4,5 % (+233 M€) en euros courants[499], essentiellement concentrée sur la première moitié de la période (+3,7 % de 2005 à 2010, soit 80 % de la hausse).

[497] Ensemble des rémunérations d'activité, hors cotisations patronales.
[498] Soit 99 % de l'effectif total du régime général.
[499] En euros constants, c'est-à-dire après correction de l'inflation constatée sur la période, elle a diminué de -8,1 %.

Sur l'ensemble de celle-ci, l'effet des augmentations salariales a été quasiment compensé par les économies permises par une réduction significative des effectifs (146 372 ETPMA en 2015) qui ont diminué de -1,1 % par an en moyenne, soit une baisse cumulée de -10,8 % (-17 720 ETPMA) par rapport à 2005. Cette baisse, en rupture avec la progression constatée dans les années immédiatement antérieures (+5,5 % entre 1999 et 2004) du fait des recrutements importants effectués dans le cadre de la réduction du temps de travail, a été plus prononcée sur la seconde moitié de la période (-11 788 ETPMA de 2010 à 2015, soit les deux tiers de la baisse).

Graphique n° 46 : évolution comparée de l'effectif et de la masse salariale (euros courants) du régime général (2005-2015)



Source : Cour des comptes à partir de l'exploitation des « bandes paye » de l'UCANSS.

Une tendance identique peut être observée pour la MSA, dont la masse salariale brute (598 M€ en 2015) a progressé de +1,0 % en cumul, pour une diminution de son effectif sous conventions collectives (16 274 en 2015) de -16 %. En revanche, le RSI se différencie avec une masse salariale (215 M€ en 2015) qui a augmenté de +16 %, sous l'effet de mesures salariales significatives, faisant suite à sa création en 2006[500] et à la mise en place d'une nouvelle classification des emplois en 2009, et d'un effectif sous conventions collectives (5 673 en 2015) qui décroît depuis 2013 seulement.

[500] Par fusion de plusieurs caisses de protection sociale des travailleurs indépendants.

Cette évolution se distingue de celle du secteur public pris dans son ensemble, comme de celle du secteur privé, dont les masses salariales ont progressé plus fortement (+2,4 % par an en moyenne pour l'un et l'autre), sous l'effet, à la différence du régime général et de la MSA, d'une croissance des effectifs (+0,6 % par an en moyenne pour le secteur public et +0,3 % pour le secteur privé)[501].

b) Des évolutions différenciées selon les branches du régime général

Entre 2005 et 2015, la masse salariale courante du régime général a évolué de façon différente selon les branches qui le composent.

Tableau n° 74 : masse salariale brute du régime général (2005-2015)

En M€ courants

	2005	2015	Variation 2015/2005		Variation annuelle moyenne
Famille	1 015	1 163	+148	+14,6 %	+1,4 %
Maladie	3 234	3 237	+3	+0,1 %	0,0 %
Recouvrement	460	513	+53	+11,5 %	+1,1 %
Retraite	430	460	+30	+7,0 %	+0,7 %
Autres (1)	30	28	-2	-5,5 %	-0,6 %
Total	5 169	5 402	+233	+4,5 %	+0,4 %

(1) Centres régionaux de formation professionnelle, fédérations de caisses d'allocations familiales, unions immobilières, UCANSS.
Source : Cour des comptes à partir de l'exploitation des « bandes paye » de l'UCANSS.

[501] Cour des comptes, *Communication à la commission des finances du Sénat*, La masse salariale de l'État, enjeux et levier, juillet 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

La masse salariale de la branche maladie, qui représente 60 % de celle du régime général, est restée stable sur l'ensemble de la période. Celles des branches famille et recouvrement et, dans une moindre mesure, celle de la branche vieillesse ont, en revanche, progressé.

Ces évolutions reflètent celles des effectifs. Ainsi, la branche maladie a représenté à elle seule 83 % de la réduction du nombre d'agents constatée sur la période. Les effectifs de la branche famille sont restés quant à eux stables, le périmètre des missions des caisses d'allocations familiales ayant été étendu au revenu de solidarité active (RSA) en 2009. Les effectifs de l'activité de recouvrement ont commencé à décroître significativement à partir de 2012, dans le prolongement de la régionalisation du réseau des URSSAF. La baisse des effectifs de la branche vieillesse a été relativement régulière, mais s'accélère également depuis 2012.

Tableau n° 75 : effectifs du régime général (2005-2015)

ETPMA	2005	2015	Variation 2015/2005		Variation annuelle moyenne
Famille	33 270	32 924	-346	-1,0 %	-0,1 %
Maladie	101 765	87 065	-14 700	-14,4 %	-1,5 %
Recouvrement	14 306	13 276	-1 030	-7,2 %	-0,7 %
Retraite	13 864	12 407	-1 457	-10,5 %	-1,1 %
Autres (1)	886	699	-187	-21,1 %	-2,3 %
Total	**164 091**	**146 372**	**-17 720**	**-10,8 %**	**-1,1 %**

(1) Centres régionaux de formation professionnelle, fédérations de caisses d'allocations familiales, unions immobilières, UCANSS.
Source : Cour des comptes à partir de l'exploitation des « bandes paye » de l'UCANSS.

Selon les organismes nationaux du régime général, la baisse des effectifs a été permise par la dématérialisation croissante des processus de gestion des activités. Les gains de productivité consécutifs à la mise en œuvre de la carte Vitale auraient ainsi été particulièrement déterminants pour la réduction des effectifs de la branche maladie. Cependant, il n'existe pas de suivi permettant de comparer le niveau des réductions d'effectifs intervenues aux prévisions de restitutions d'emplois attendues de la modernisation des modalités de gestion des activités. Dès lors, il est difficile d'apprécier si les investissements importants réalisés, en matière informatique notamment, ont généré toutes les économies d'emplois attendues à l'origine.

c) Un cadrage plus serré de la masse salariale depuis 2011

Jusqu'en 2010, l'évolution des dépenses de personnel des organismes de sécurité sociale était encadrée uniquement par les conventions d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et les organismes nationaux, qui fixent, pour une durée de quatre ans, dans une annexe spécifique, les budgets de gestion en les détaillant par année et par type de dépenses (personnels, fonctionnement courant, investissements), sans référence explicite toutefois aux trajectoires d'effectifs sous-jacentes à l'évolution des dépenses de personnel[502]. Depuis 2011, les autorités de tutelle notifient également aux trois régimes une norme maximale de progression de la rémunération moyenne des personnels en place (RMPP).

Une méthodologie de mesure de la RMPP spécifique à la sécurité sociale

La RMPP est un indicateur annuel qui mesure l'évolution moyenne de la rémunération des agents présents d'une année sur l'autre. La RMPP des régimes de sécurité sociale est calculée par la commission interministérielle d'audit salarial du secteur public (CIASSP)[503] selon une méthodologie qui restreint le champ de l'indicateur aux seules augmentations salariales collectives et individuelles. L'indicateur est ainsi représentatif des décisions de la seule politique salariale.

Cette méthodologie est cependant différente de celle utilisée par l'INSEE pour mesurer la RMPP de chacune des trois fonctions publiques. L'INSEE intègre dans le périmètre de l'indicateur les variations annuelles d'indemnités spécifiques à la fonction publique (indemnité de résidence, supplément familial) et les effets de décisions qui relèvent plus de la gestion courante que de la politique salariale *stricto sensu* (heures supplémentaires, astreintes, monétisation du compte épargne temps notamment). En outre, conformément à l'objet de l'indicateur, l'INSEE retient les seuls personnels présents deux années consécutives chez le même employeur, avec la même quotité de travail, ce qui conduirait à exclure de la base de calcul environ un tiers du personnel rémunéré. Faute de disposer dans la sécurité sociale d'un système de paye permettant un tel degré de précision dans le suivi de l'évolution de la situation des agents sur plusieurs exercices consécutifs, la CIASSP évalue la RMPP des régimes de sécurité sociale sur la quasi-totalité de l'effectif ETPMA.

[502] À l'exception de l'annexe budgétaire de chacune des COG 2009-2012 et 2014-2017 de la branche maladie qui fait mention explicitement d'une trajectoire d'effectifs fondée sur le non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux.

[503] La CIASSP, rattachée au contrôle général économique et financier dépendant du ministère des finances et des comptes publics, exerce une mission de contrôle salarial des organismes du secteur public et rend des avis aux ministres de tutelle.

Ces écarts méthodologiques ne permettent pas de tirer des conclusions certaines de la comparaison de l'évolution des RMPP respectives de la sécurité sociale et de la fonction publique qui, depuis 2011, progressent en moyenne de façon comparable (+2,5 % par an).

Ce dispositif d'encadrement resserré, agissant dorénavant sur les deux déterminants de l'évolution de la masse salariale, et les efforts de gestion qu'il exige, ont contribué à stabiliser depuis 2011 l'évolution en euros courants de la masse salariale du régime général. En effet, alors que sa progression cumulée s'est établie à +3,7 % de 2005 à 2010 (+190 M€), principalement du fait d'un nouveau dispositif de rémunération décidé en 2004 et d'embauches autorisées aux caisses d'allocations familiales pour assurer le traitement du revenu de solidarité active (RSA), elle s'est ensuite stabilisée en volume avec une hausse cumulée limitée à +0,8 % en euros courants sur la période 2011 à 2015 (+43 M€).

Cet équilibrage global, depuis cinq ans, des augmentations salariales accordées par des économies liées à la baisse des effectifs, demeure cependant fragile. La dynamique salariale reste en effet maîtrisée avec difficulté, tandis que le pilotage du volume des effectifs à la baisse apparaît perfectible.

2 - Des augmentations salariales significatives

La RMPP du régime général augmente sous l'effet de mesures collectives négociées annuellement et agréées par les administrations de tutelle et de mesures individuelles attribuées par les employeurs.

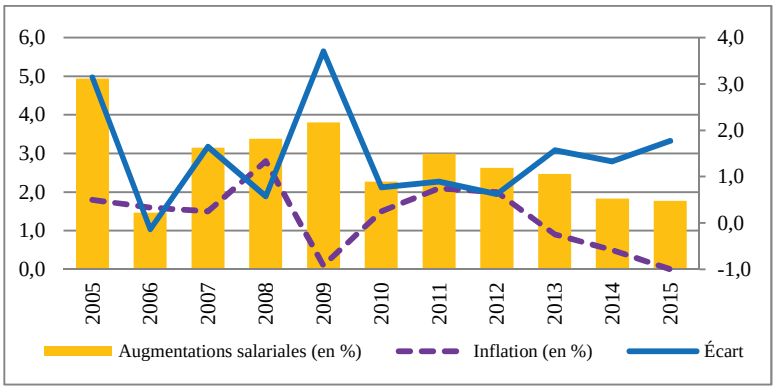
Entre 2005 et 2010, les mesures collectives ont pris essentiellement la forme de hausses annuelles de la valeur du point, qui s'est ainsi accrue de +5,7 % (+6,4 % pour la MSA)[504]. À partir de 2011, le point d'indice a été gelé à sa valeur de 2010, comme dans la fonction publique. Cette contrainte a cependant été desserrée par des augmentations successives, bénéficiant à l'ensemble des agents, du nombre de points associés aux coefficients de qualification, seconde variable permettant le calcul du salaire de base[505]. Au titre de ces mesures collectives, la RMPP a progressé de +1,2 % par an en moyenne sur 2005-2015 et de +0,8 % sur 2010-2015, soit un rythme plus élevé que dans la fonction publique de l'État (+0,7 % par an en moyenne sur 2005-2015 et +0,4 % sur 2010-2015).

[504] Sur la période, la valeur du point de la fonction publique a augmenté de +5,3 %.
[505] Dans la sécurité sociale, le salaire de base est égal au produit d'un coefficient de qualification (ou nombre de points) par la valeur du point de rémunération.

Les mesures individuelles ont également été dynamiques avec une contribution à l'évolution des rémunérations de +1,6 % par an en moyenne sur la période 2005-2015 (+1,5 % au cours de la sous-période 2010-2015), pour partie entretenue par des dispositions conventionnelles prévoyant l'attribution automatique, dans certaines limites, de points rémunérant l'ancienneté[506] et la technicité[507] des agents. Ces automatismes salariaux ont accru mécaniquement la RMPP de +0,8 % par an en moyenne et ont compensé à eux seuls les économies consécutives à l'effet de « noria » qui traduit la diminution de la rémunération moyenne entre personnels sortants et entrants. Les mesures individuelles ont ainsi contribué à hauteur de près de 60 % à la hausse de la RMPP.

Au total, sur l'ensemble de la période observée, la RMPP a progressé en moyenne de +2,8 % par an (+2,8 % également à la MSA et +2,1 % au RSI), à un rythme globalement supérieur à celui de l'inflation qui a évolué en moyenne de +1,3 % par an. Comme l'illustre le graphique ci-après, l'écart avec l'inflation a été systématiquement positif, sauf en 2006. Compte tenu du ralentissement de celle-ci, il s'est fortement accru depuis 2013.

Graphique n° 47 : évolution comparée des augmentations salariales (RMPP brute) du régime général et de l'inflation (2005-2015)



Note de lecture : l'échelle de gauche s'applique aux augmentations salariales et à l'inflation, tandis que l'échelle de droite s'applique à la courbe « écart ».
Source : Cour des comptes à partir de l'exploitation des avis de la CIASSP.

[506] Attribution automatique de deux points d'expérience professionnelle par année d'ancienneté, dans la limite par un plafond exprimé en nombre de points (50 ou 60) ou en nombre d'années de présence (20 ans).
[507] Obligation d'attribuer annuellement des points de compétence (technicité) à au moins 20 % de l'effectif de chacune des catégories de personnels (employés et cadres, personnels soignants, ingénieurs-conseils, informaticiens, agents de direction, praticiens-conseils).

La norme annuelle d'évolution de la RMPP instaurée en 2011 peine à maîtriser une dynamique salariale en partie entretenue par des automatismes salariaux, qui représentent dorénavant près de la moitié (+0,8 %) de la norme de progression (+1,70 %). De fait, elle a été inégalement respectée.

Une RMPP inégalement respectée

Fixée en 2011 à +2,50 %, la norme d'évolution de la RMPP a été revue à la baisse à plusieurs reprises pour s'établir à +1,70 % en moyenne sur 2015-2016. Si la norme n'a pas été respectée entre 2011 et 2013, elle l'a en revanche été sur 2014-2015 (+1,95 %). Le respect du cadrage 2015-2016 ne pourra être apprécié qu'ultérieurement.

Tableau n° 76 : écart entre la RMPP constatée et son cadrage

Régime général	2011	2012	2013	2014	2015	2016
RMPP constatée	2,99	2,62	2,47	1,83	1,77	Nd
Cadrage RMPP	2,50	2,50	2,25	1,95	1,7 %	
Écart avec la RMPP constatée	0,49	0,12	0,22	-0,15	Nd	

Source : Cour des comptes à partir de l'exploitation des avis de la CIASSP (prévisions pour 2015).

Si le cadrage de la masse salariale a été récemment renforcé[508], l'annualisation de la contrainte budgétaire réduit l'horizon de la politique salariale à l'année en cours, à l'opposé de l'approche pluriannuelle des COG. Son accentuation rend plus délicat l'arbitrage annuel entre mesures individuelles et collectives. La politique salariale oscille ainsi depuis 2013 entre privilégier les mesures individuelles ou les mesures collectives. En 2013, une mesure générale a été prise. En 2014, il a été décidé de n'attribuer que des mesures individuelles. En 2015, une mesure générale a été décidée malgré une inflation encore plus faible qu'en 2013.

[508] Depuis 2014, la masse salariale doit être actualisée annuellement en corrigeant la dotation reconductible pour l'année, non seulement de l'évolution du niveau de la norme relative à la RMPP, mais aussi du montant de l'effet de « noria » constaté à la fin de l'année précédente. Ainsi, les marges dégagées par l'écart de salaire moyen entre les personnels sortants et entrants, amplifié par un contexte de fort renouvellement des effectifs ne sont plus laissées aux organismes locaux pour recruter des contractuels à durée déterminée ou accorder des mesures individuelles.

En définitive, l'encadrement de l'évolution de la masse salariale par une norme annuelle de progression n'apparaît pas suffisant à lui seul pour assurer la maîtrise de celle-ci dans la durée, ce qui renforce l'importance du pilotage de la trajectoire des effectifs dans la régulation d'ensemble de la masse salariale.

3 - Un pilotage perfectible des restitutions d'emplois

Le pilotage des réductions d'effectifs repose, selon la direction de la sécurité sociale, sur une définition partagée entre les administrations de tutelle et chaque organisme national d'une trajectoire d'évolution des effectifs en fonction du rythme des départs en retraite et des gains d'efficience attendus des progrès dans la gestion des régimes.

Bien que sous-jacentes à l'évolution des dépenses de personnels, ces trajectoires pluriannuelles ne figurent pas explicitement dans les conventions d'objectifs et de gestion. Ce n'est que depuis la dernière génération de COG (pour les exercices 2014-2017) qu'elles sont détaillées en cibles annuelles de restitutions d'emplois dans un tableau annexé à une lettre interprétative adressée, en marge de la COG, à chaque directeur de branche ou régime. Ces cibles annuelles sont ainsi fixées en début de COG pour toute sa durée.

Les objectifs liés à ces trajectoires sont exprimés généralement en nombres d'emplois à restituer ou dont la création est autorisée. La référence du volume initial des emplois à laquelle les objectifs s'appliquent n'est pas toujours explicite, ce qui complique la comparaison de l'évolution constatée des emplois à celle prévue.

En l'absence de bilan des cadrages d'effectifs, les trajectoires prévues depuis 2009 ont été comparées par la Cour aux variations de personnels telles que résultant de l'exploitation des données de paye.

Tableau n° 77 : comparaison entre les trajectoires d'effectifs prévues et réalisées (2009-2015)

ETPMA	Trajectoire prévue		Trajectoire réalisée	
	Cumul 2009/2013	Cumul 2014/2015	Cumul 2009/2013	Cumul 2014/2015
Famille	+392	+65	-35	+233
Maladie	-3 950	-2 308	-4 358	-3 256
Recouvrement	-540	-263	-478	-415
Retraite	-546	-356	-844	-365
Total	-4 644	-2 862	-5 715	-3 804

Source : DSS pour la trajectoire prévue – Cour des comptes à partir de l'exploitation des « bandes paye » de l'UCANSS pour la trajectoire réalisée.

Cette comparaison fait apparaître que le volume d'emplois rendus par les branches du régime général a été supérieur en moyenne de 23 % à la trajectoire fixée sur la période 2009-2013 et de 33 % sur les années 2014 et 2015.

Ces résultats témoignent de l'importance des efforts réalisés par les organismes du régime général qui ont dépassé les objectifs fixés.

Les écarts importants constatés entre prévisions et réalisations plaident toutefois pour que les trajectoires d'effectifs et les enveloppes de dépenses de personnel correspondantes soient révisées en cours de COG. Cette actualisation n'est, en effet, pas prévue explicitement, même si des clauses existent parfois, comme à la branche maladie, pour ajuster les enveloppes en cours de COG en fonction des départs effectivement constatés. Ce type de clause gagnerait à être généralisé à toutes les branches du régime général ainsi qu'aux autres régimes.

Par ailleurs, le pilotage des effectifs devrait être rendu plus précis par l'expression des objectifs de restitution d'emplois en taux de remplacement des effectifs et non plus en des cibles annuelles de rendus d'emplois comme aujourd'hui.

À titre d'illustration, la Cour a calculé que si la règle de non remplacement d'un départ à la retraite sur deux appliquée aux effectifs de l'État sur la période 2008-2012[509] avait été mise en œuvre au régime général durant ces mêmes cinq années (au lieu du taux de remplacement observé de 63 %), 4 700 recrutements n'auraient pas été effectués. L'économie correspondante, en termes de masse salariale, de l'ordre de 170 M€ en année pleine, aurait été proche de l'augmentation de la masse salariale brute constatée entre 2005 et 2015 (+233 M€ en euros courants).

Un pilotage plus fin des trajectoires d'effectifs par référence à des taux de remplacement, plus précis que des cibles de rendus d'emplois, aurait ainsi pu permettre de tirer un meilleur parti d'un contexte démographique favorable (50 000 départs à la retraite étant intervenus sur la période, soit environ un quart de l'effectif rémunéré).

[509] Dans le cadre de la révision générale des politiques publiques, l'évolution des effectifs de l'État a été encadrée par une norme transversale de non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux sur la période 2008-2012. Sur cette période, le taux moyen de non-remplacement observé a été de 47 % (voir Cour des comptes, *Communication à la commission des finances du Sénat*, La masse salariale de l'État, enjeux et leviers précitée, p. 87, disponible sur www.ccomptes.fr). À titre de comparaison, le taux de non-remplacement des départs à la retraite a été de 37 % pour le régime général sur la période 2005 à 2015 et de 29 % sur la période 2008 à 2012.

B - Une durée du travail réduite

Le mode de régulation de la masse salariale des régimes de sécurité sociale, qui associe normes de progression salariale et plafonds d'emplois, est de nature budgétaire. Pour être pleinement efficace, il doit cependant se doubler d'un pilotage permettant de mobiliser les gains de productivité. Or, plusieurs faiblesses peuvent être constatées à ce titre.

1 - Une durée effective de travail nettement inférieure à la durée légale

Ni les organismes nationaux, ni l'UCANSS ne disposent en 2016 d'une connaissance précise du temps de travail effectif des agents employés par les organismes de base.

Afin de pallier l'absence de données globales, la Cour a procédé à une estimation, fondée sur l'exploitation des données extraites des applications de paye. Il en ressort que pour le régime général la durée annuelle effective de travail serait de l'ordre de 1 540 heures en moyenne par agent à temps plein.

Méthodologie d'estimation de la durée effective de travail

À la demande de la Cour, les organismes nationaux du régime général ont extrait de leurs applications de paye, pour les années 2013 et 2014, le cumul annuel global d'heures théoriques de travail prévues par les contrats de travail et le cumul annuel global d'heures d'absences au titre des congés légaux et conventionnels (hors RTT) de chacun de leurs organismes de base (CPAM, CAF, URSSAF, CARSAT). La MSA et le RSI n'ont pu fournir des données aussi précises.

Le rapport entre le volume d'heures d'absence et le volume d'heures théoriques de travail détermine un taux d'absence global qui, multiplié par le nombre de jours ouvrés de l'année (251 pour 2013 et 2014), permet d'obtenir un nombre de jours d'absence par agent. La durée de travail effective par agent est alors égale au nombre de jours de présence (nombre de jours ouvrés diminué du nombre de jours d'absence) multiplié par la durée d'une journée de travail (7,11 heures).

Afin de s'assurer que cette approche était bien représentative de la durée effective de travail d'un agent à temps plein, les résultats obtenus ont été vérifiés en effectuant un calcul identique, mais portant sur les seuls agents à temps complet, caractérisés comme tels dans les applications de paye de la branche famille d'une part et de la branche maladie d'autre part. Les estimations obtenues (1 536 heures pour les CAF et 1 537 heures pour les CPAM en 2014) sont du même ordre de grandeur que l'estimation globale (1 544 heures[510]).

La durée effective de travail apparaît faible en comparaison du temps de travail effectif dans les secteurs public et privé. D'après les calculs de la Cour[511], effectués à partir des données de l'enquête emploi 2012 de l'INSEE, le temps de travail annuel moyen d'un salarié à temps plein serait ainsi de 1 594 heures dans le secteur public.

L'écart constaté de 4 % par rapport à la durée légale annuelle du travail (1 607 heures) résulte d'un nombre de jours de congés nettement supérieur (34 jours en moyenne) au nombre de jours de congés légaux (25 jours).

La durée effective de travail apparaît relativement uniforme entre les branches du régime général.

[510] Cette évaluation exclut les congés indemnisés par l'utilisation d'un compte épargne temps (CET), ainsi que le temps nécessaire aux opérations de pointage (12 minutes quotidiennes à la CPAM des Bouches-du-Rhône, 7 minutes quotidiennes à la CPAM du Loir-et-Cher par exemple), car il s'agit, selon la jurisprudence du droit du travail, et sous certaines conditions, de temps de travail effectif. Les usages d'entreprise qui conduisent, quant à eux, à minorer le temps de travail effectif par rapport à la durée légale du travail (1 h 05 par semaine de réduction du temps de travail décidés par note de service à la CAF des Bouches-du-Rhône par exemple), n'ont pas non plus été pris en compte, car ils ne sont pas systématiquement retracés dans les systèmes de paye.

[511] Cour des comptes, *Communication précitée à la commission des finances du Sénat*, p. 99 et suivantes, disponible sur www.ccomptes.fr.

Tableau n° 78 : durée effective de travail dans les organismes du régime général (2013-2014)

Absences pour congés (hors RTT)	2013			2014
	Taux d'absence	Jours d'absence par agent	Durée moyenne de travail par agent	Durée moyenne de travail par agent
CPAM	13,5 %	34	1 544	1 532
CAF	13,8 %	35	1 539	1 539
URSSAF	12,2 %	31	1 567	1 563
CARSAT	13,9 %	35	1 536	1 529
Ensemble	13,5 %	34	1 544	1 537[512]

Source : Cour des comptes - exploitation des données des organismes nationaux.

Cette homogénéité sur le plan national recouvre cependant des situations diverses selon les organismes de base, traduisant notamment des usages locaux en matière de temps de travail inégalement recensés par les caisses nationales. Dans certains organismes, la durée effective de travail apparaît particulièrement faible[513].

2 - Un absentéisme élevé et insuffisamment suivi

Bien qu'il s'agisse d'un sujet majeur, le niveau réel d'absentéisme selon ses différents motifs n'est pas mesuré précisément dans les régimes de sécurité sociale. L'UCANSS a engagé en 2013 un projet d'extension de son outil statistique afin de centraliser les données utiles à une telle analyse, mais il n'a toujours pas abouti. Il apparaît cependant impératif que des données fiables, exhaustives et détaillées sur l'absentéisme des agents, sa répartition par motifs et par organismes de base et ses causes puissent être communiquées périodiquement par l'UCANSS et par les organismes nationaux à leurs tutelles et analysés dans des bilans sociaux consolidés qui restent à établir.

[512] L'écart par rapport à 2013 peut s'expliquer par le fait que l'ensemble des organismes a bénéficié en 2014 d'une journée supplémentaire de récupération d'un jour férié.

[513] C'est le cas, par exemple, dans les CPAM du Tarn-et-Garonne (1 498 heures en moyenne sur 2013 et 2014), de la Meuse (1 504 heures), des Hautes-Alpes (1 508 heures), du Lot (1 511 heures), des Hautes-Pyrénées (1 513 heures), de l'Aude (1 514 heures) et de Béarn et Soule (1 515 heures), dans les CAF de Haute-Savoie (1 501 heures), de Haute-Provence (1 508 heures), de l'Isère (1 514 heures), de Savoie (1 514 heures) et du Finistère (1 514 heures) ou encore dans les CARSAT d'Alsace-Moselle (1 506 heures) et du Centre-Ouest (1 509 heures).

À partir de données fournies par les organismes nationaux[514], la Cour a pu établir que le taux d'absentéisme, tous motifs confondus[515], s'élevait en 2014 à 8,9 % (8,6 % en 2013) pour l'ensemble du régime général. Le taux d'absentéisme pour « maladie »[516] atteignait 5,8 % (5,6 % en 2013) et représentait 40 % du total des absences (y compris les congés). En moyenne, un salarié du régime général est absent 22 jours par an au-delà de ses absences pour congés légaux et conventionnels, dont 14 pour maladie, 6 pour des congés liés à l'arrivée d'un enfant, 1,5 pour l'exercice de mandats divers et 0,5 jour[517] pour grève.

Selon les données du rapport 2015 sur l'état de la fonction publique publié par la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), relativement anciennes, le taux d'absence pour « maladie » était de 3,5 %[518] dans la fonction publique d'État, ordre de grandeur voisin de celui fourni par une étude de la DARES[519] de 2013, selon laquelle le taux d'absence pour raison de santé s'élevait à 3,9 % en moyenne sur la période 2003-2011 dans la fonction publique et à 3,7 % dans le secteur privé. Le taux d'absence pour ce même motif au sein du régime général (5,8 %) serait ainsi supérieur de 50 à 60 % à ce qu'il est en moyenne dans ces deux secteurs.

Tous les réseaux sont affectés par des niveaux élevés d'absentéisme, très comparables entre eux, à l'exception de celui des URSSAF qui est sensiblement inférieur. Les écarts constatés s'expliquent en partie par des effectifs plus âgés en moyenne dans les réseaux des CPAM et des CARSAT et par un taux d'absence pour naissance ou adoption deux fois plus faible dans celui des URSSAF.

[514] Extraction, pour les années 2013 et 2014, des applications de paye, des cumuls annuels d'heures d'absences enregistrées au titre des différents motifs d'absences hors congés, pour chacun de leurs organismes (CPAM, CAF, URSSAF, CARSAT). La MSA et le RSI n'ont pas été en capacité de fournir des données aussi précises. Le taux d'absentéisme est le rapport entre un volume d'heures d'absence au titre d'un motif ou d'un ensemble de motifs et le volume d'heures théoriques de travail.

[515] Absences pour maladies, pour accidents du travail ou de trajets, pour naissance et adoption, pour exercice de mandats divers et pour grèves.

[516] Cet agrégat regroupe les absences pour maladies ordinaires de toutes durées, pour maladies professionnelles et pour accidents du travail et de trajets.

[517] Contre 0,2 jour dans la fonction publique de l'État et moins de 0,1 jour dans le secteur privé.

[518] Taux pour l'année 2010, relativement stable sur la période 2004 à 2010.

[519] DARES, Analyses n° 009, Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail, février 2013.

Tableau n° 79 : régime général – taux d'absentéisme par branche (2014)

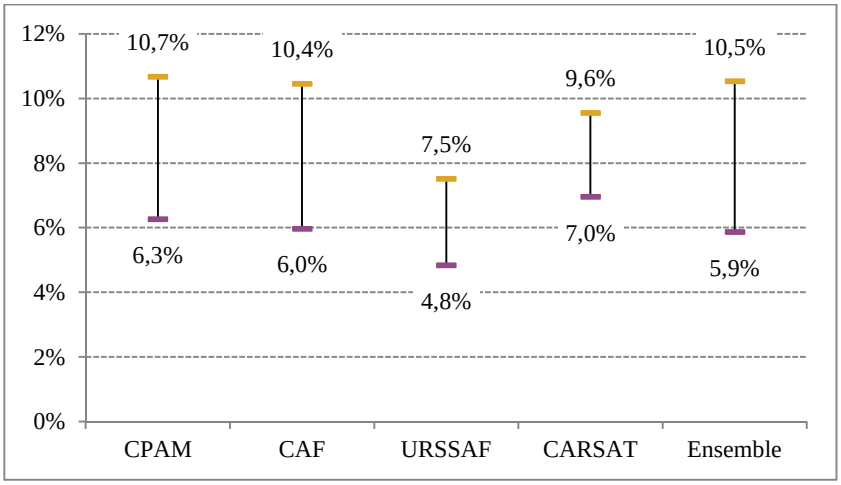
En %

	CPAM	CAF	URSSAF	CARSAT	ENSEMBLE
Absentéisme tous motifs	9,4	8,9	6,5	8,9	8,9
dont absentéisme « maladie »	*6,2*	*5,3*	*4,9*	*5,9*	*5,8*

Source : Cour des comptes d'après l'exploitation des données des organismes nationaux.

En revanche, il existe, comme pour la durée effective de travail, une forte dispersion de l'absentéisme selon les organismes, particulièrement au sein du réseau des CPAM et des CAF, ainsi que le montre le graphique ci-après qui illustre l'écart existant entre les 10 % d'organismes les plus performants et les 10 % les moins performants en ce domaine.

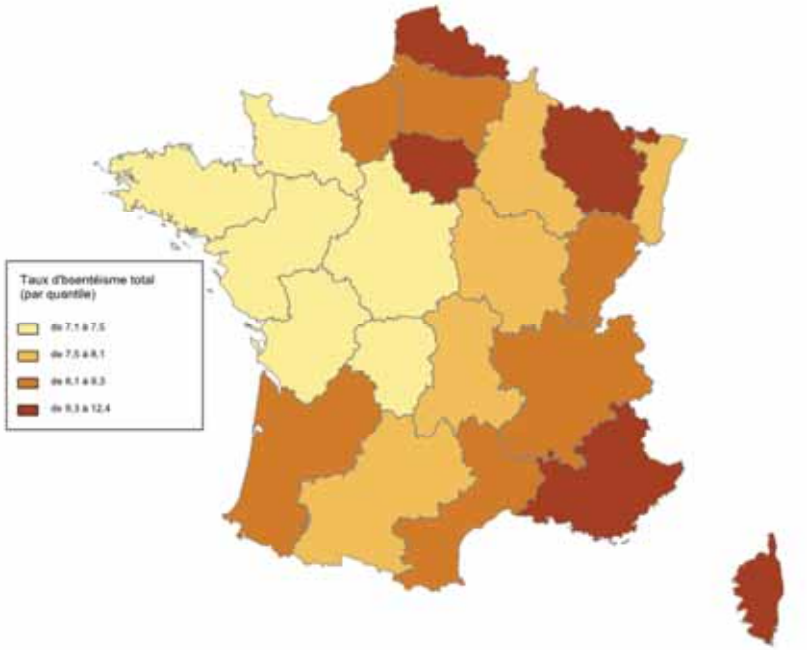
Graphique n° 48 : régime général – dispersion des taux d'absentéisme (tous motifs) entre les organismes (2014)



Source : Cour des comptes d'après l'exploitation des données des organismes nationaux.
Note de lecture : dans le réseau des CPAM, 10 % des organismes ont un taux d'absentéisme égal ou supérieur à 10,7 % et 10 % un taux inférieur ou égal à 6,3 %.

Comme le montre la carte ci-après, l'absentéisme présente des niveaux très élevés en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Ile-de-France, dans le Nord-Pas-de-Calais, en Lorraine et en Corse. Dans certains organismes, il apparaît particulièrement important[520].

Carte n° 4 : taux d'absentéisme tous motifs (hors congés) dans les CAF, CPAM, CARSAT et URSSAF (2014)



Source : Cour des comptes d'après l'exploitation des données des organismes nationaux.

Le constat d'un absentéisme récurrent, élevé et fortement disparate selon les organismes traduit la faible attention portée à cette question pourtant majeure en termes de vie au travail, comme de productivité.

[520] Pour les CPAM, 14 % en Seine-Saint-Denis, 13,4 % dans les Bouches-du-Rhône, 13 % en Haute-Corse, 12,6 % en Moselle et 12,1 % dans le Val-d'Oise. Pour les CAF, 22,3 % en Haute-Corse, 13,6 % dans les Bouches-du-Rhône, 11,5 % en Seine-Saint-Denis, 11,1 % dans l'Eure et 11 % dans le Val-d'Oise. Pour les organismes de la branche vieillesse, 10,3 % à la CARSAT Nord-Picardie et 9,7 % à la CNAVTS, qui a également la qualité d'un organisme local compétent pour l'Ile-de-France. Pour les URSSAF, 9 % pour Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Ni les organismes nationaux, ni l'UCANSS ne disposent de fait d'études qui permettraient d'analyser et d'agir plus efficacement sur ces écarts entre organismes que la Cour avait, pourtant, déjà mis en évidence en 2010 s'agissant de l'absentéisme « maladie » [521].

Les indicateurs de suivi relatifs à l'absentéisme présents dans toutes les COG du régime général[522] ne visent que l'absentéisme maladie de courte durée (arrêts de moins de huit jours) qui ne représente pourtant qu'une faible part des jours perdus (11 %). Comme la Cour l'avait déjà souligné en 2010[523], ce sont les congés maladie de moyenne et longue durée qui représentent le plus grand nombre de jours perdus, les modalités de prise en charge financière des arrêts de 3 à 6 mois conduisant notamment à une prévalence beaucoup plus forte de ceux-ci.

De surcroît, ces indicateurs ne sont ni standardisés, ni déclinés dans les contrats pluriannuels de gestion, qui lient organismes nationaux et locaux, de la branche maladie et de l'activité de recouvrement.

Des indicateurs d'absentéisme maladie de courte durée non standardisés

L'ACOSS mesure un « taux d'absentéisme de courte durée », selon une formule qui décompte des heures pondérées par l'effectif. La CNAF calcule « l'évolution du taux d'absentéisme compris entre 4 et 8 jours », sur la base d'un décompte en demi-journées, sans préciser le volume horaire retenu pour une demi-journée et sans appliquer de pondération particulière. La CNAMTS suit un indicateur « d'évolution du taux d'absentéisme maladie de courte durée » qui décompte non plus des heures ou des demi-journées, mais des jours ouvrés sans préciser le volume horaire retenu pour un jour ouvré et sans appliquer de pondération particulière. La CNAVTS élabore un « taux d'absentéisme de courte durée (< 8 jours) », mais la COG ne précise pas les modalités de son calcul.

[521] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre VII, L'absentéisme maladie dans les organismes de sécurité sociale, p. 169 et suivantes, La Documentation française, septembre 2010, disponible sur www.ccomptes.fr.

[522] Les COG de la MSA et du RSI ne comportent pas d'indicateurs de suivi de l'absentéisme.

[523] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre VII, L'absentéisme maladie dans les organismes de sécurité sociale, p. 169 et suivantes, La Documentation française, septembre 2010, disponible sur www.ccomptes.fr.

L'absence de définition par l'UCANSS et par les administrations de tutelle d'indicateurs de suivi précis, exhaustifs et comparables de l'absentéisme et de ses différentes composantes prive les organismes nationaux d'outils essentiels pour améliorer la productivité de leurs réseaux.

C - Des gains de productivité significatifs, mais encore partiels

La productivité des organismes de sécurité sociale dépend de multiples facteurs parmi lesquels le potentiel de travail disponible.

1 - Une productivité en progrès, mais des écarts persistants entre organismes

Les indicateurs de productivité disponibles mesurent celle-ci en rapportant aux effectifs équivalents temps plein (ETP) des indicateurs d'activité propres à chaque branche du régime général et aux autres régimes. Ni les administrations de tutelle, notamment dans la cadre des COG, ni l'UCANSS n'ont œuvré à une définition rigoureuse, exhaustive et comparable de la productivité des organismes de sécurité sociale.

Une définition insatisfaisante des indicateurs de productivité

Ces indicateurs sont imparfaits et non comparables d'un réseau à l'autre. Ainsi, ils ne couvrent pas systématiquement la totalité de l'activité réelle des organismes (les fonctions supports à la production et l'action sociale ne sont pas couvertes, ce qui conduit, par exemple, à exclure de la mesure environ 25 % de l'activité de la branche famille) et, comme le soulignait déjà la Cour en 2011[524], aucun d'eux ne prend en compte les investissements en capital. Cette insuffisance est d'autant plus à souligner que les gains d'efficience constatés sur les dix dernières années résultent, pour l'essentiel, d'une automatisation des processus de production, c'est-à-dire d'une substitution du capital au travail.

[524] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011,* Chapitre XIII La productivité dans les organismes de sécurité sociale du régime général, septembre 2011, p. 388, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr

Nonobstant leurs limites, ces indicateurs font apparaître une amélioration sensible de la productivité sur la période 2009 à 2014, un peu moins prononcée que sur la période 2005 à 2009, qui résulte, pour l'essentiel, de la baisse des effectifs. En effet, à l'exception de la MSA, le niveau mesuré de l'activité a augmenté tendanciellement sur la période observée, quel que soit le réseau concerné.

Tableau n° 80 : évolution de la productivité et des composantes de sa mesure (2009-2014)

En %

TCAM	Activité	Effectif	Productivité	
			2014/2009	2009/2005
CPAM	+0,6	-2,4	+3,0	+2,7
CAF	+1,1	-0,4	+1,4	+0,8
CARSAT	+1,5	-1,7	+3,3	+5,2
URSSAF	+0,6	-1,4	+2,0	+4,1
MSA	-1,4	-2,6	+1,2	Nd
RSI	+2,5	-0,4	+2,9	Nd

*TCAM = taux de croissance annuel moyen sur la période 2009 à 2014 obtenu par la formule [(valeur finale/valeur initiale)1/n-1]*100, avec n=nombre d'années (5).*
Source : organismes nationaux (2009/2014), RALFSS 2011 (2005/2009).

Toutefois, des disparités de performances, déjà relevées par la Cour en 2011, persistent selon les organismes. Elles sont importantes quel que soit le réseau, mais plus particulièrement dans celui de la branche famille (CAF). À l'exception des CARSAT et, dans une moindre mesure des CPAM, elles ont même tendance à s'accroître depuis 2009.

Tableau n° 81 : dispersion de la productivité autour de la moyenne (2009-2014)

En %

Écart-type/moyenne	2009	2010	2011	2012	2013	2014
CPAM	9,9	10,0	9,7	9,4	9,0	8,8
CAF	11,3	11,5	10,5	12,5	12,8	13,9
CARSAT	11,3	8,0	7,1	7,5	6,5	5,8
URSSAF	9,5	9,4	8,8	9,1	8,4	9,8
MSA	Nd	7,4	7,0	6,9	7,2	8,4
RSI	14,7	12,7	20,1	11,5	13,2	15,2

Note de lecture : le ratio « écart-type par rapport à la moyenne » ou coefficient de variation, est une mesure de la dispersion des données autour de la moyenne. Plus le ratio est élevé, plus la dispersion autour de la moyenne est grande.
Source : Cour des comptes d'après l'exploitation des données des organismes nationaux.

La réduction des écarts de productivité entre organismes de base n'a pas fait l'objet d'une politique suffisamment active de la part des organismes nationaux. Il n'existe pas d'étude permettant de caractériser les liens entre la productivité et les différents facteurs qui l'influencent, notamment l'absentéisme, et si les COG en vigueur prennent en considération globalement la question de la productivité du travail, elles ne fixent pas d'objectifs détaillés en la matière alors que les constats sont connus et persistants. Au sein du régime général, seule celle de la branche vieillesse fixe un objectif chiffré d'amélioration de la productivité (4 % sur la période de la COG actuelle).

2 - D'importants gains de productivité potentiels

Les gains potentiels de productivité liés à une augmentation de la durée effective de travail et à la réduction de l'absentéisme peuvent être estimés à environ 10 000 emplois, soit 7 % du potentiel de travail des organismes du régime général. L'écart existant entre la durée effective du travail des agents du régime général et la durée légale représente à lui seul l'équivalent d'environ 6 000 emplois à temps plein. Par ailleurs, un alignement du taux d'absentéisme global (8,9 %) sur les meilleures situations constatées dans les réseaux (6 %) dégagerait par ailleurs un potentiel de travail supplémentaire équivalent à environ 4 000 emplois à temps plein.

Des marges de progrès très importantes existent ainsi sans être mobilisées. Si l'ensemble des gains de productivité potentiels avaient été mobilisés et convertis en totalité en des réductions d'emplois, une économie de l'ordre de 370 M€[525] en année pleine aurait pu être réalisée.

Ce constat relativise l'importance des efforts effectués ces dix dernières années en matière de réduction des effectifs. Une politique plus appuyée et constante en matière d'optimisation du temps de travail aurait permis d'atteindre des résultats plus élevés en termes de restitutions d'emplois, dans un contexte où l'augmentation progressive des flux de départ en retraite qui s'est alors amorcée dégageait des marges de manœuvre qui auraient pu être encore plus activement mobilisées qu'elles ne l'ont été.

[525] Correspondant au produit de la masse salariale brute moyenne par agent en 2015, soit près de 37 000 € par les 10 000 emplois à temps plein précités.

⁂

Les politiques des ressources humaines déployées, si elles ont permis une maîtrise globale de la masse salariale dans le contexte d'une baisse sensible des effectifs, auraient pu encore davantage contribuer à l'efficience des organismes de sécurité sociale. Si des progrès de productivité se constatent, à des niveaux variables selon les branches et les organismes, la faiblesse de la durée effective du travail liée à des règles avantageuses et à un absentéisme élevé met en évidence d'importants gains potentiels de productivité qui auraient pu être dégagés de manière plus volontariste. Les objectifs de redressement des finances publiques imposent désormais de mobiliser activement toutes les marges d'efficience liées à la gestion des ressources humaines, en saisissant pleinement l'opportunité que représentent à cet égard les départs massifs en retraite des prochaines années.

II - Moderniser la gestion des ressources humaines

Le cadre budgétaire des régimes de sécurité sociale est devenu beaucoup plus contraignant dans la période récente et les enjeux d'efficience, en conséquence, plus prégnants. Un premier plan d'économies, programmé dans le Pacte de responsabilité et annoncé par le Premier ministre en avril 2014, prévoit en effet 1,2 Md€ d'économies sur les frais de gestion des organismes de sécurité sociale sur les trois années 2015, 2016 et 2017, comme la Cour l'avait recommandé en 2011 en estimant possible une réduction de 10 % de ces dépenses[526]. Son montant a été porté à 1,4 Md€ en 2015. La réalisation de cet objectif suppose d'agir principalement sur les dépenses de rémunérations qui représentent plus de 80 % des coûts de fonctionnement et, dans cette perspective, de mobiliser l'ensemble des leviers de nature à maîtriser la masse salariale.

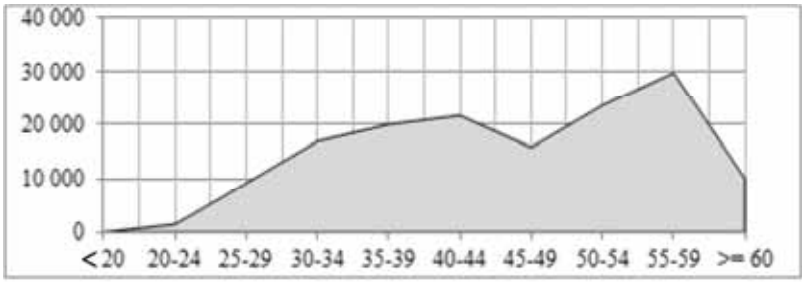
[526] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011,* Chapitre XIII La productivité dans les organismes de sécurité sociale du régime général, septembre 2011, p.403, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

A - Anticiper les départs massifs à la retraite des prochaines années

1 - Un choc démographique majeur

Au cours des dix dernières années, le vieillissement des effectifs des organismes de sécurité sociale s'est nettement accentué. Depuis 2005, la part de la classe d'âge des 55 ans et plus a augmenté de +11 points dans le régime général, de +7 points à la MSA et de +6 points au RSI, pour représenter respectivement 27, 24 et 23 % des effectifs en 2014.

Graphique n° 49 : régime général – répartition de l'effectif physique présent au 31 décembre 2014 par classes d'âges



< 20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	>= 60
3	1 478	9 140	16 929	20 053	21 708	15 798	23 601	29 815	9 998
0 %	1 %	6 %	11 %	14 %	15 %	11 %	16 %	20 %	7 %

Source : Cour des comptes à partir de l'exploitation des « bandes de paye » de l'UCANSS.

Le rythme des départs à la retraite s'est déjà fortement accéléré. De 4 000 par an en moyenne entre 2005 et 2012, il est passé à environ 5 600 départs annuels en 2013 et en 2014. Il est appelé à s'amplifier encore : environ 55 000 départs (37 % de l'effectif 2014) sont attendus dans les dix à douze prochaines années pour le seul régime général, dont pas moins de 30 000 environ dans les 5 à 7 prochaines années, c'est-à-dire à échéance très rapprochée.

Cette vague massive de départs naturels offre une occasion unique, mais limitée dans le temps, d'effectuer les restitutions d'emplois permettant de réaliser les économies requises, d'assurer le renouvellement des compétences par les recrutements induits et de mener à son terme, sans recourir à des licenciements, un mouvement de concentration des organismes de base encore largement inabouti. Avec 422 organismes

employeurs, juridiquement autonomes, et près de 3 800 sites accueillant du personnel, les réseaux des trois principaux régimes de sécurité sociale demeurent en effet très denses et les regroupements géographiques ou d'activités, porteurs d'accroissement de la productivité et d'économies, sont restés limités, comme la Cour l'a déjà souligné[527].

Les régimes de sécurité sociale apparaissent toutefois fort peu préparés à gérer ce choc démographique immédiat et de grande ampleur.

Les démarches de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) engagées dans les organismes de base[528] n'ont pour finalité que de déterminer les recrutements à réaliser à court terme. Les organismes nationaux n'ont, en effet, pas procédé à une analyse à moyen / long terme des conséquences de ces évolutions démographiques majeures pour y apporter une réponse organisée, leurs préoccupations étant essentiellement centrées sur les évolutions de leurs métiers. L'UCANSS, pourtant chargée du suivi de la gestion prévisionnelle de l'emploi et des effectifs, n'a pas non plus investi ce champ essentiel.

Une des conséquences de cet état d'impréparation est l'absence au niveau des organismes nationaux et de l'UCANSS de données précises sur les flux de départs à la retraite attendus, par année, par métier et par organisme, dans les cinq et dix prochaines années.

Pourtant, une vision très fine serait indispensable pour mesurer toutes les incidences de départs fortement concentrés sur les toutes prochaines années qui vont affecter de manière différenciée les organisations.

Les branches maladie - AT-MP et vieillesse seront les plus concernées, dès lors qu'elles connaissaient une proportion de l'ordre de 20 % d'agents de 57 ans ou plus fin 2014, supérieure de près de 5 points à celle de la branche famille et de l'activité de recouvrement. Dans les seules branches maladie - AT-MP, près de 19 000 agents avaient ainsi 57 ans ou plus à fin 2014.

---

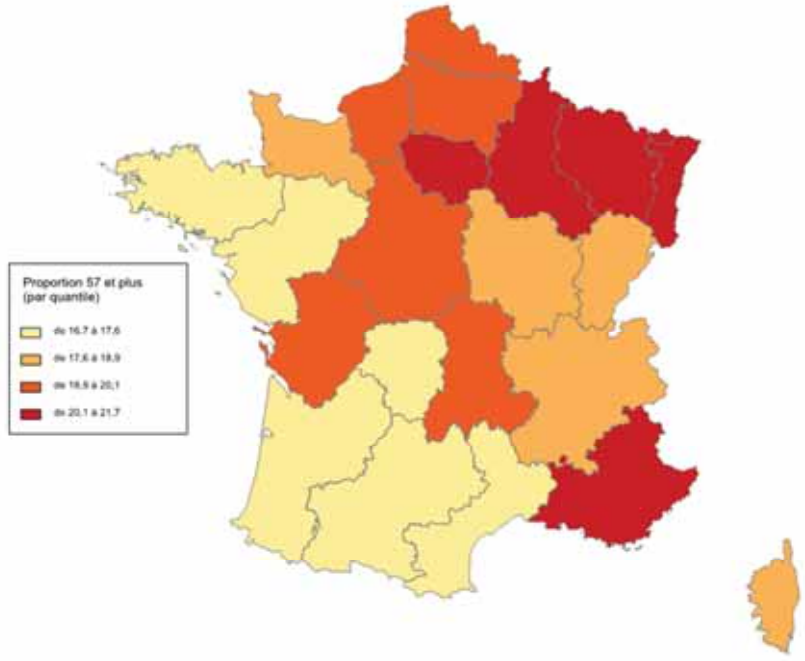
[527] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, Chapitre XIII : La réorganisation des réseaux de caisses du régime général : un mouvement significatif, un impossible statu quo, septembre 2015, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

[528] L'article L. 2242-13 du code du travail dispose que, dans les entreprises de plus de 300 salariés, l'employeur engage tous les trois ans une négociation sur la gestion des emplois et des parcours professionnels et sur la mixité des métiers.

Les départs à la retraite seront également plus concentrés dans certains organismes de base. Si la proportion moyenne des personnels âgés de 57 ans ou plus se situe à 19 %, elle atteint ou dépasse 22 % dans un quart des organismes du régime général et 27 % dans 10 % d'entre eux (31 % à la CPAM du Var, 30 % à celle des Alpes-Maritimes, 29 % à celle de Paris, 27 % à celle de Lille-Douai ou à la CAF de Paris, et même 34 % à la CPAM du Haut-Rhin).

Sur un plan géographique, comme l'illustre la carte ci-après, l'impact des départs sera ainsi très inégal, sans, toutefois, que ses conséquences ne soient actuellement analysées en lien avec les évolutions prévisionnelles des charges d'activité ou des scénarii de réorganisation territoriale des implantations. Ces derniers restent de fait à élaborer, la sécurité sociale ne disposant pas encore d'un schéma cible d'organisation territoriale et fonctionnelle par branche et par régime.

Carte n° 5 : taux régional de salariés de 57 ans et plus (régime général, 2014)



Source : Cour des comptes à partir de l'exploitation des « bandes payes » de l'UCANSS.

2 - L'urgence d'une gestion des effectifs et des compétences à moyen et long terme

Cette situation exceptionnelle appelle la mise en œuvre urgente et prioritaire d'une analyse prévisionnelle à moyen (cinq ans) et à long terme (dix ans) des emplois et des compétences nécessaires, afin de définir, en fonction des départs attendus année après année, les trajectoires prévisionnelles d'effectifs et de compétences cohérentes avec les exigences d'efficience, de performance et de restructuration des réseaux tout en évitant de créer, comme par le passé, de nouveaux déséquilibres démographiques.

La démographie du régime général est en effet marquée également par la présence d'une tranche d'âge des 45-49 ans très déficitaire (11 % des effectifs en moyenne et jusqu'à 8 % seulement dans la branche vieillesse), ce qui signifie que, dans une dizaine d'années, ce régime, après avoir connu des départs massifs à la retraite, va voir ce flux décroitre très rapidement.

Ce « creux générationnel », qui succèdera à un « pic » de départs, renforce la nécessité de procéder à une modélisation des besoins en effectifs et en compétences, ainsi que de leur répartition géographique, à l'horizon des cinq et des dix prochaines années, et à son actualisation régulière en fonction des comportements de départ en retraite, de l'évolution prévisionnelle de l'activité et des gains d'efficience attendus des réorganisations et des évolutions technologiques.

Cette modélisation requiert une prévision détaillée des flux de départs à la retraite. Elle nécessite aussi d'accélérer le développement coordonné d'infocentres décisionnels[529], afin de disposer de données fiables, cohérentes et comparables. Ainsi, la branche maladie dispose d'un premier socle décisionnel local, mais pas d'un socle national équivalent. La CNAMTS n'est donc pas en mesure de procéder à des analyses consolidées à son niveau portant sur l'ensemble de son réseau. La branche famille a investi à partir de 2010 dans un infocentre décisionnel qui a produit de premiers résultats en 2014, mais qui reste encore largement en chantier et n'est pas encore exploité par l'ensemble du réseau. L'aide à la décision reste à déployer dans les branches vieillesse et recouvrement.

[529] Outil permettant d'extraire des données du système d'information des ressources humaines, puis de les organiser et de les stocker afin de les exploiter dans le but d'éclairer les décisions tout en respectant leur caractère confidentiel.

B - Améliorer la productivité

Exploiter efficacement l'opportunité offerte par la vague de départs à la retraite exige aussi d'actionner vigoureusement de nouveaux leviers en termes de durée de travail, de rémunération et de mobilité géographique et fonctionnelle des agents.

1 - Augmenter le temps de travail

Les usages locaux en matière de temps de travail, qui réduisent celui-ci de façon dérogatoire ou injustifiée, devraient dorénavant être recensés de façon régulière et exhaustive par les organismes nationaux. Il importe en effet que ces derniers s'impliquent activement dans leur remise en cause, à l'instar de l'ACOSS qui, à l'occasion de la régionalisation des URSSAF entre 2012 et 2014, a demandé à celles-ci de dénoncer les usages locaux. Selon l'agence centrale, seules trois URSSAF ont conservé un ou deux jours de congés supplémentaires.

De la même manière, le renforcement de la lutte contre l'absentéisme doit constituer une priorité beaucoup plus fortement affirmée par les organismes nationaux. Les initiatives récentes en ce domaine apparaissent en effet trop timides. Le diagnostic paritaire conduit en 2011 sur les questions de santé au travail au sein du régime général a permis la négociation d'un accord collectif initiant la mise en place d'une politique concertée de santé, de sécurité et d'amélioration des conditions de travail. Cette démarche ne porte cependant que sur la prévention de l'absentéisme. Les arrêts de travail devraient être plus systématiquement contrôlés, notamment ceux de moyenne durée pour lesquels les dispositions conventionnelles prévoient le maintien intégral du salaire pendant six mois en cas de maladie (contre un maintien de salaire de trois mois dans la fonction publique), si l'agent a au moins une année de présence.

Plus généralement, une diminution de l'écart entre la durée légale et la durée effective du travail apparaît comme un enjeu majeur pour les discussions conventionnelles. Certaines dispositions particulièrement favorables pourraient ainsi faire l'objet d'un réexamen en ce sens, comme par exemple la possibilité ouverte par un protocole d'accord de 1973 de récupérer un jour chômé lorsqu'un jour férié tombe un samedi.

Enfin, le mode de computation de la durée annuelle du travail doit être rigoureusement et rapidement homogénéisé entre les branches et les régimes, afin de mieux suivre son évolution, de procéder à des comparaisons entre organismes plus fiables et d'identifier plus sûrement les sur-dotations en effectifs liées à des pratiques spécifiques.

2 - Développer la mobilité géographique et fonctionnelle

La mobilité inter-organismes des personnels est impérativement à renforcer afin de faciliter l'ajustement des effectifs aux besoins, en particulier dans le cadre de la réorganisation des réseaux, mais aussi compte tenu des fortes disparités entre organismes au regard des départs à la retraite.

Or, le nombre de ces mobilités est particulièrement faible et n'a connu aucune amélioration au cours des dix dernières années.

Ainsi, entre 2004 et 2014, s'agissant du régime général, ce type de mobilité aura concerné au total seulement 12 117 agents, soit un taux annuel moyen de mobilité de 0,7 %. Ce taux, qui n'a jamais dépassé 0,9 %, tend même à se réduire au cours de la période récente (0,5 % en 2014). Selon l'UCANSS[530], il est environ quatre fois moins élevé que dans le secteur de la santé et de l'action sociale et onze fois moins élevé que dans la fonction publique d'État. Quatre mobilités sur cinq sont au surplus effectuées au sein d'une même branche, soit un taux de mobilité interbranches de 0,1 % seulement, et 48 % au sein d'une même région.

Cette très faible mobilité, en dépit d'une convention collective unique pour toutes les branches du régime général, s'explique, en partie, par des raisons culturelles liées à l'organisation de la sécurité sociale (le cloisonnement en branches crée des identités fortes ; l'organisme de base est l'employeur et non la branche ou le régime), par une structure démographique vieillissante et par des spécificités de métiers.

Une mobilité inter-organismes peu encouragée

Près de la moitié des mobilités intervient sans hausse du coefficient développé de rémunération, c'est-à-dire sans augmentation salariale immédiate, et plus de la moitié des mobilités se font sans changement de niveau de qualification. Le développement volontariste des formations qualifiantes à travers les certificats de qualification professionnelle (CQP) n'a pas eu d'effet probant sur le taux de mobilité des employés, qui est passé de 0,34 % à 0,24 % entre 2010 et 2014, bien que cette catégorie de personnels bénéficie de 75 % des CQP délivrés. Il existe des conventions de réciprocité entre les trois principaux régimes de sécurité sociale destinées à simplifier la mobilité interrégimes, mais leurs résultats ne sont pas suivis et l'absence d'un référentiel commun des emplois entre les régimes ne facilite pas non plus ce type de mobilité.

[530] Rapport sur l'emploi 2013 de l'UCANSS, focus sur la mobilité inter-organismes.

L'absence de mobilité résulte aussi de règles conventionnelles très protectrices du salarié. En particulier, l'accord relatif aux garanties conventionnelles apportées dans le cadre de l'évolution des réseaux prévoit expressément que « toute mobilité interviendra sur la base du volontariat »[531], qu'il s'agisse de mobilité géographique ou de mobilité fonctionnelle. Comme la Cour l'a déjà indiqué[532], il importe que ces dispositions soient renégociées.

À l'avenir, les politiques de ressources humaines devront se concentrer davantage sur la mobilité géographique des agents qui conditionne pour partie la possibilité de regrouper les activités de production des organismes de sécurité sociale sur un nombre plus réduit de sites, dans une logique de taille critique, de mutualisation des fonctions support, de performance et de maîtrise des coûts. En particulier, des « revues de viviers » permettant, au sein d'un bassin d'emplois, de mettre en regard des souhaits individuels de mobilité les besoins d'organismes employeurs, pour l'instant limitées aux agents de direction, devraient être étendues aux agents qui exercent des métiers dont le contenu ne diffère pas fondamentalement d'une branche à l'autre, ni d'un régime à l'autre, tels que ceux liés à l'accueil du public et aux fonctions support et d'encadrement intermédiaire.

Quant à la mobilité fonctionnelle, indispensable pour gérer les effets des départs à la retraite sur la chaîne hiérarchique (45 % des agents de la fonction de management ont plus de 52 ans et 25 % de plus de 57 ans), et facilitant souvent les mutations géographiques, elle devrait être encouragée par une harmonisation des référentiels et des parcours, ainsi que par des actions de formation davantage ciblées sur le développement des compétences (actuellement, 28 % du volume d'heures des actions du plan de formation vise l'accroissement des compétences du salarié), tout en s'assurant de l'efficience économique d'un effort de formation qui, dans le régime général, représentait 215 M€ en 2014[533].

[531] Protocoles d'accord relatifs aux garanties conventionnelles dans le cadre de l'évolution des réseaux des 5 septembre 2006, 26 janvier 2010 et 13 novembre 2013.
[532] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011,* chapitre XIII : La productivité dans les organismes de sécurité sociale du régime général, septembre 2011, et *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015,* chapitre XIII : La réorganisation des réseaux de caisses du régime général : un mouvement significatif, un impossible statu quo, septembre 2015, La Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.
[533] Y compris les rémunérations maintenues aux stagiaires

Ces actions sont à conduire avec d'autant plus de résolution qu'elles constituent un levier fondamental et complémentaire des trajectoires d'ajustement des effectifs pour tirer le meilleur parti du choc démographique des prochaines années. Remettre en adéquation les effectifs et les qualifications s'impose en effet comme une priorité à tous égards sachant que les départs vont toucher pour l'essentiel les employés et techniciens, soit le cœur des métiers de la sécurité sociale. Par ailleurs, dans un cadre financier contraint, une réallocation géographique des moyens en personnels de grande ampleur est indispensable pour éviter de procéder à des recrutements supplémentaires dans certains organismes là où se constateraient des sureffectifs dans d'autres. Enfin, combler le « creux générationnel » qui succédera dans une dizaine d'années à la vague de départs à la retraite suppose non seulement de nouvelles réorganisations géographiques des réseaux, mais aussi de favoriser une mobilité interne plus étendue sur un plan fonctionnel comme territorial.

3 - Promouvoir des systèmes de rémunération et d'intéressement plus motivants

Le système de classification et de rémunération des personnels du régime général, qui date de 2004, n'a pas évolué pour prendre en compte les nouveaux besoins en termes de compétences et de performance.

Des grilles de classification des emplois saturées

Dans le système actuel de classification des emplois, les personnels sont répartis selon cinq grilles de qualification comportant chacune plusieurs niveaux : employés et cadres (10 niveaux, dont 4 pour les employés), ingénieurs conseil (5 niveaux), informaticiens (15 niveaux), praticiens conseil (4 niveaux) et personnel soignant, éducatif et médical des établissements et des œuvres (12 niveaux). À celles-ci, s'ajoute une grille spécifique aux agents de direction.

La population quantitativement la plus importante, celle des employés (60 % des effectifs), est répartie sur les quatre premiers niveaux d'une grille de qualification qui en comporte dix. Après dix ans de mise en œuvre, la moitié des employés se situe au niveau 4 le plus élevé (contre 25 % en 2005) et 95 % aux niveaux 3 et 4.

Ce système mériterait d'être rénové pour rendre les carrières plus dynamiques et attractives, ce qui supposerait de revoir l'architecture de la grille de classification des employés et cadres, pour permettre un meilleur déroulé de carrière, en gageant cependant le coût de cette adaptation. En

tout état de cause, les règles d'attribution des mesures individuelles seraient à fonder davantage sur la performance individuelle, en réexaminant les automatismes conventionnels liés à l'ancienneté et à l'obligation d'attribuer des points de compétence à un cinquième des salariés chaque année.

Par ailleurs, l'intéressement, qui permet d'associer financièrement les salariés aux performances de leurs organismes, constitue un outil puissant d'incitation individuelle à l'amélioration des performances collectives. En 2014, chaque salarié du régime général a ainsi bénéficié d'une prime de 766 € en moyenne, pour une masse financière de 113 M€ au total, soit 2,1 % de la masse salariale brute. À la MSA, la prime moyenne était de 671 € et au RSI de 740 €.

Ses critères d'attribution devraient cependant davantage prendre en compte les performances des organismes de base en termes d'efficience de gestion (coût et productivité), comme ont commencé à l'engager les branches famille et vieillesse. En particulier, un objectif de baisse de l'absentéisme devrait être systématiquement intégré dans les prochains accords collectifs d'intéressement. Enfin, la politique d'intéressement devrait davantage privilégier la part locale (60 % aujourd'hui, contre 40 % pour la part nationale) afin de donner plus de poids à l'atteinte d'objectifs fixés aux organismes de base.

III - Renforcer les conditions d'exercice du pilotage national

L'ampleur des défis à relever, sans précédent depuis la création de la sécurité sociale, impose enfin de rénover complètement le pilotage de la politique de gestion des ressources humaines pour réussir un mouvement de réorganisation et de modernisation qui va toucher dans un même laps de temps très court l'ensemble des branches et des régimes. C'est à cette condition que les gains d'efficience et de productivité indispensables à dégager dans un contexte de départs en retraite massifs pourront être mobilisés sans rupture ou dégradation du service rendu aux assurés, mais bien au contraire pour en faire un levier d'amélioration de sa qualité.

A - Affirmer des objectifs d'amélioration de l'efficience dans le cadre de la contractualisation des objectifs et des moyens

Le code de la sécurité sociale confie à l'UCANSS la responsabilité de définir les orientations générales en matière de ressources humaines applicables par les organismes du régime général. Élaborées pour la première fois en 2002, ces orientations générales ont été actualisées en 2007, puis en avril 2016. Ce délai apparaît anormalement long au regard des enjeux et des besoins du régime général.

On peut, en outre, s'interroger sur la pertinence d'avoir confié au seul comité d'orientation, composé des représentants des partenaires sociaux, et non au comité exécutif de l'UCANSS, qui regroupe les directeurs des organismes nationaux, la définition d'orientations structurantes pour les branches qui devrait plutôt être au cœur des préoccupations de leurs responsables. Il en résulte des orientations au caractère opérationnel peu affirmé, qui mentionnent le défi démographique auquel la sécurité sociale est confrontée sans toutefois en tirer les conséquences. Ces orientations auraient dû, au contraire, établir un socle commun d'actions permettant d'atteindre les objectifs d'amélioration des performances et de maîtrise des frais de gestion fixés au régime général.

L'union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS)

Créée en 1969, l'UCANSS est un organisme de droit privé constitué par les quatre organismes nationaux du régime général de sécurité sociale et soumis à la tutelle de l'État. Fédération d'employeurs, elle négocie et conclut les conventions collectives nationales et assure des tâches mutualisées de gestion des ressources humaines pour le compte de tous les organismes du régime général[534].

Sa gouvernance est assurée par deux instances. Le comité exécutif des directeurs (COMEX), composé des directeurs des quatre organismes nationaux et de quatre directeurs d'organismes locaux appartenant chacun à l'un des quatre réseaux, élabore le programme de la négociation collective et donne mandat au directeur de l'union pour négocier et conclure les accords collectifs nationaux. Sur proposition du COMEX, le comité d'orientation (COR), instance paritaire, arrête le programme de la négociation collective et définit les orientations générales de la gestion des ressources humaines du régime général.

[534] Le code de la sécurité sociale confie à l'UCANSS la responsabilité de définir les orientations stratégiques pluriannuelles de gestion des ressources humaines, l'évaluation et la coordination des politiques de formation du personnel, le suivi de la gestion prévisionnelle de l'emploi, des effectifs, de la masse salariale et des politiques de recrutement, ainsi que la promotion de la santé et de la sécurité au travail.

Le dispositif de pilotage opérationnel des ressources humaines repose quant à lui sur les conventions d'objectifs et de gestion (COG), conclues entre l'État et les organismes nationaux, et des contrats pluriannuels de gestion (CPG) passés entre chaque organisme national et chacun des organismes de son réseau. Ce dispositif, qui a constitué une innovation forte lors de son institution en 1996 et s'est révélé précieux pour responsabiliser les régimes, les branches et les organismes, doit cependant s'adapter à des exigences accrues d'efficience.

Les COG devraient rassembler un nombre plus réduit d'engagements et fixer aux organismes nationaux des objectifs précis et ambitieux de réduction de l'absentéisme, d'optimisation du temps de travail et d'amélioration de la productivité. À ces objectifs devraient être associés des indicateurs de suivi couvrant l'ensemble des activités et d'une définition standardisée afin de permettre des comparaisons entre les réseaux et de quantifier précisément les gains d'efficience attendus et obtenus.

L'importance des écarts de performance constatés entre les organismes locaux exige par ailleurs que les organismes nationaux analysent de façon systématique et précise la situation des organismes locaux et définissent, sur cette base, des plans d'actions ciblés de réduction des écarts, non plus seulement par rapport à la moyenne, mais par rapport aux organismes les plus efficients. En comportant des objectifs plus différenciés qu'aujourd'hui, les CPG pourraient alors constituer le vecteur de la convergence vers le haut des performances des organismes locaux.

B - Réexaminer l'organisation des responsabilités au plan national

L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à l'organisation de la sécurité sociale a renforcé le rôle des organismes nationaux comme têtes de réseau, sans toutefois remettre en cause le statut d'employeur dévolu à chaque organisme de base, les directeurs locaux exerçant ainsi la plénitude des pouvoirs en matière de recrutement, d'avancement et de discipline.

Dans ce cadre, les agents sont salariés des organismes de base auxquels les lient leurs contrats de travail et non d'une branche ou d'un régime. Dès lors, la mise en œuvre de politiques de mobilité, dont le caractère prioritaire pour la mise en œuvre de la restructuration des réseaux est renforcé par l'opportunité d'optimiser l'allocation des emplois et des compétences sur le territoire à la faveur des départs à la retraite, nécessite pour chaque mutation définitive un changement d'employeur qui constitue en soi un frein juridique majeur à celles-ci.

L'ampleur et l'urgence des chantiers stratégiques à conduire conduisent à reposer sur de nouvelles bases la question de savoir si les organismes nationaux ne devraient pas disposer de l'ensemble des moyens juridiques nécessaires pour agir, ce qui supposerait de transférer la responsabilité d'employeur des organismes de base aux organismes nationaux, comme la Cour l'a déjà précédemment évoqué[535].

Une organisation dans laquelle le régime ou, au régime général, la branche, serait l'employeur unique de l'ensemble des personnels permettrait une harmonisation des politiques de gestion et une réactivité plus forte dans leur mise en œuvre. Comme dans toute organisation à réseau, elle s'accompagnerait naturellement de délégations aux directeurs des organismes locaux, indispensables pour conserver une capacité d'adaptation et une souplesse nécessaires à tous égards.

Dans cette organisation remaniée, l'UCANSS pourrait alors assumer progressivement le rôle d'une direction des ressources humaines du groupe des institutions de sécurité sociale, aux capacités d'orientation, d'expertise et de suivi des politiques mises en œuvre par les organismes nationaux renforcées et associant la MSA et le RSI. À l'heure actuelle, malgré la dévolution progressive de certaines attributions[536], étendues dernièrement à plusieurs aspects de la gestion des agents de direction, l'UCANSS reste avant tout une fédération des employeurs du régime général, chargée du dialogue et de la négociation conventionnelle avec les organisations représentatives des salariés.

[535] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2004*, chapitre VIII : la gestion des ressources humaines, p. 237, La Documentation française, septembre 2004, disponible sur www.ccomptes.fr.

[536] Dans les autres régimes, les caisses nationales sont plus impliquées. À la MSA, les négociations nationales sont confiées à la Fédération Nationale des Employeurs de la Mutualité Sociale Agricole (FNEMSA), qui est fortement appuyée par la caisse nationale. Au RSI, c'est la caisse nationale qui conduit les négociations collectives nationales.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les politiques de gestion des ressources humaines mises en œuvre au cours des dix dernières années dans les principaux régimes de sécurité sociale ont eu pour objectif de mieux maîtriser la masse salariale en accentuant la contrainte de restitution d'emplois et le cadrage de l'évolution des rémunérations. Elles sont loin d'avoir été sans résultats, en particulier au cours des années les plus récentes où une rigueur accrue s'est manifestée.

Pour autant, les démarches suivies n'ont pas cherché à mobiliser tous les gains de productivité qui auraient pu être réalisés dans une approche plus volontariste. Une durée du travail nettement inférieure à la durée légale, mais très imprécisément mesurée, et un absentéisme élevé et insuffisamment suivi, génèrent une productivité sensiblement inférieure à celle qui pourrait être attendue au vu des effectifs en poste dans les organismes. Cette perte de productivité peut-être estimée, pour le seul régime général, à un potentiel de travail équivalent à environ 10 000 emplois en temps plein, soit 7 % des effectifs.

Dans un contexte de renforcement des objectifs de réduction des dépenses de fonctionnement, les départs massifs à la retraite qui se profilent dans les toutes prochaines années rendent indispensable le déploiement urgent d'une stratégie opérationnelle fondée sur une vision à moyen et à long terme qui fait aujourd'hui défaut.

Dans cette perspective, les organismes nationaux doivent établir rapidement et de façon coordonnée des prévisions des flux de départ en retraite en termes d'importance annuelle comme d'incidence par métier, organisme et zone géographique. Cette vision prospective est cruciale pour définir les trajectoires d'ajustement des effectifs et des compétences nécessaires à la modernisation de leurs processus de production, approfondir la restructuration de leurs réseaux d'organismes locaux et éviter de créer, comme par le passé, de nouveaux déséquilibres démographiques générationnels ou territoriaux.

Afin de maximiser les marges de manœuvre existantes en termes d'emplois et d'efficience, tous les leviers d'amélioration de la productivité disponibles doivent être mobilisés, ce qui impose en particulier de réduire les écarts entre durée effective et durée légale du travail.

L'ampleur du défi à relever doit conduire, enfin, à engager une réflexion globale sur l'organisation des responsabilités en matière de gestion des ressources humaines, ouvrant notamment la possibilité que les organismes nationaux deviennent les employeurs uniques des agents de leurs réseaux et transformant la place de l'UCANSS pour lui donner le rôle d'une direction des ressources humaines des principales institutions de sécurité sociale que sont le régime général, la MSA et le RSI.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

49. *mettre en œuvre de façon prioritaire une analyse prévisionnelle à moyen (5 ans) et à long terme (dix ans) des emplois, des compétences et des organisations cibles ;*

50. *mobiliser activement les gains de productivité, en faisant progressivement converger la durée de travail avec la durée légale, en faisant de la lutte contre l'absentéisme une priorité, en levant les obstacles conventionnels aux mobilités géographiques et fonctionnelles et en tirant tout le parti des départs massifs à la retraite des prochaines années pour procéder à des réorganisations porteuses d'efficience, et ajuster les effectifs en conséquence ;*

51. *renforcer le caractère incitatif de l'intéressement, notamment au regard de la lutte contre l'absentéisme ;*

52. *engager une réflexion sur le transfert du pouvoir d'employeur des organismes locaux aux organismes nationaux de sécurité sociale et l'élargissement du rôle de l'UCANSS.*

Chapitre XII

La fonction informatique dans la sécurité sociale : un renforcement indispensable

PRÉSENTATION

La fonction informatique présente un caractère stratégique pour la sécurité sociale. Ses systèmes d'information permettent de traiter des masses considérables d'opérations portant sur 355 Md€ de prélèvements sociaux[537] et 359 Md€ de prestations en 2015 s'agissant des trois principaux régimes (régime général, régime agricole et régime social des indépendants). La seule branche maladie du régime général procède chaque année à 1,1 milliard de règlements au titre des prestations en nature facturées directement par les professionnels de santé. Chaque mois, la branche vieillesse verse des pensions à 13,8 millions de retraités, tandis que les URSSAF enregistrent les déclarations et les paiements de 2 millions d'employeurs de salariés.

La bonne organisation de la fonction informatique, qui recouvre à la fois la conception, le développement et l'exploitation des systèmes d'information, joue ainsi un rôle déterminant pour faire progresser la qualité du service rendu aux usagers.

D'elle dépendent aussi l'efficience de la gestion des organismes et la réalisation effective des gains de productivité attendus de la modernisation et de la fiabilisation des processus de production.

La Cour a souhaité à ce titre examiner les évolutions de l'organisation de la fonction informatique du régime général, de la mutualité sociale agricole - MSA - et du régime social des indépendants - RSI -). En application des dispositions de l'article R. 134-4 du code des juridictions financières, ces travaux ont bénéficié du concours de la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale, rattachée à la direction de la sécurité sociale pour le contrôle sur place de 26 centres informatiques ou organismes locaux[538].

---

[537] Dont une partie est affectée à des organismes tiers (exemple : contributions chômage).

[538] Pour la branche famille : les centres informatiques de Lyon, Sophia Antipolis, Valenciennes, Rennes, Le Mans et Bordeaux et la caisse d'allocations familiales du Rhône ; pour la branche du recouvrement : les centres informatiques de Toulouse, de Lyon, de Nantes, le centre chèque emploi service universel (CESU) de Saint-Etienne et l'URSSAF Rhône-Alpes ; pour la branche maladie : les centres informatiques d'Angers, de Valbonne, de Toulouse et de Saint-Etienne, un service de la caisse nationale pour les fonctions support aux caisses (Bordeaux) et la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère ; pour la branche vieillesse : les centres informatiques de Tours et de Lyon (CARSAT Rhône-Alpes) ; pour la mutualité sociale agricole (MSA) : le centre informatique de Montauban et la caisse de MSA du Rhône ; pour le régime social des indépendants (RSI) : les centres informatiques de Toulouse-Labège et de Nice Sophia-Antipolis et la caisse de Paris-Île-de-France.

La Cour a constaté que la fonction informatique, qui bénéficie de ressources importantes mais imparfaitement connues, restait organisée de manière complexe et fragmentée (I). Son efficience est entravée par une dissociation des responsabilités fonctionnelles et hiérarchiques et par une dispersion des implantations géographiques et des équipes (II). Des évolutions structurelles sont indispensables pour faire face aux impératifs de modernisation des systèmes d'information, de développement des services publics numériques et de renforcement des gains d'efficience dans les années à venir (III).

I - Une fonction aux moyens substantiels et dispersés

La fonction informatique recouvre à la fois la conception, le développement et l'exploitation de systèmes d'information. La conception des systèmes d'information est assurée par la maîtrise d'ouvrage (MOA) qui définit le besoin, l'objectif du projet, son calendrier et son budget. Le développement est effectué par la maîtrise d'œuvre qui réalise les programmes informatiques dans les conditions de délai, de qualité et de coût déterminées par la MOA. L'exploitation des systèmes d'information relève quant à elle de structures spécifiques.

Les ressources, humaines et financières, consacrées à ces activités sont importantes, mais imparfaitement suivies. L'exercice des missions est par ailleurs réparti entre de multiples structures.

A - Des ressources importantes

1 - Des effectifs significatifs et imparfaitement suivis

S'ils sont évidemment connus des responsables des structures qui les emploient, les agents affectés à la fonction informatique sont imparfaitement identifiés au plan national. Aucune donnée consolidée par branche du régime général, à l'exception de l'assurance vieillesse, n'est disponible.

Affectés pour une part importante dans les organismes locaux, les effectifs de la maîtrise d'ouvrage sont mal connus des caisses nationales, sauf pour la MSA (206 ETPMA en 2014) et pour la CNAVTS (122 agents). La CNAMTS n'assure pas de suivi précis et dispose d'informations parcellaires. Selon l'estimation de la Cour, 420 agents participeraient à des missions de maîtrise d'ouvrage.

La majeure partie des agents intervient cependant au titre de la maîtrise d'œuvre et de l'exploitation. Ils sont répartis entre les directions des systèmes d'information des organismes nationaux, les organismes de base et des centres informatiques locaux, dotés ou non de la personnalité juridique.

Outre cet éclatement fonctionnel, le suivi des effectifs informatiques est rendu difficile par la complexité des classifications qui leur sont applicables dans le cadre des conventions collectives en vigueur.

Des classifications complexes

Les agents du régime général sont principalement répartis entre deux familles de métiers. Ainsi, relèvent de la famille « gestion de systèmes d'information » 2 000 employés et cadres et 4 000 informaticiens, tandis que 1 250 autres informaticiens relèvent de la famille « management et pilotage ». Alors que les activités exercées sont pour partie similaires, se manifestent des écarts de salaires par rapport au salaire médian compris entre 16 % et 37 % selon les branches entre la grille « employés et cadres » pour ce qui concerne les informaticiens et la grille « informaticiens » de la famille « gestion de systèmes d'information ». La MSA et le RSI appliquent d'autres modalités de classification et de rémunération.

En dépit de cette complexité, la classification des agents du régime général par grandes familles de métiers a permis à la Cour de réaliser une évaluation approchée, à partir des déclarations effectuées par les différents organismes, du nombre d'agents intervenant dans le fonctionnement quotidien de l'informatique. Pour la MSA et le RSI, il a pu être estimé à partir des fichiers de paye.

En 2014, les agents participant à la fonction informatique des branches du régime général, de la MSA et du RSI représentent ainsi près de 9 000 équivalents temps plein en moyenne annuelle, soit 5,2 % de l'ensemble des effectifs.

Tableau n° 82 : répartition des effectifs de la fonction informatique des branches du régime général, de la MSA et du RSI (2014)

En ETPMA

Entités	Branches du régime général				MSA	RSI	Total
	Maladie	Famille	Vieillesse	Recouvrement			
DSI nationales	895	36	434	175	115	284	1 939
Organismes de base	2 062	695	745	538	271	100	4 441
Centres informatiques locaux	521	842	-	559	676	-	2 598
Total	3 478	1 573	1 179	1 272	1 062	384	8 948
Effectifs totaux de la branche ou du régime	88 798	33 469	12 536	13 512	16 432	5 731	170 478
Part des effectifs informatiques	3,9 %	4,7 %	9,4 %	9,4 %	6,5 %	6,7 %	5,3 %

Source : Cour des comptes d'après données UCANSS, MSA et RSI. Le total de 170 478 ne comprend pas 1 112 ETPMA salariés de centres régionaux de formation professionnelle, de fédérations de caisses d'allocations familiales, d'unions immobilières et de l'UCANSS.

L'importance relative des effectifs de la fonction informatique par rapport aux effectifs globaux des différentes branches du régime général, de la MSA et du RSI est contrastée. Ainsi, au sein du régime général, la part des effectifs participant à la fonction informatique est faible dans les branches maladie et famille (4,4 %) et plus élevée pour l'activité du recouvrement et la vieillesse (9 %), qui comportent à la fois les effectifs les moins élevés et les réseaux les plus resserrés.

2 - Des coûts incomplètement identifiés

Les budgets informatiques établis et suivis en application des conventions d'objectifs et de gestion avec l'État portent sur un périmètre partiel de dépenses. En effet, ils couvrent uniquement les achats de prestations de service et de matériels dans le cadre de marchés nationaux, à l'exclusion notamment de la masse salariale des agents concourant à la fonction informatique et des achats effectués dans le cadre de marchés locaux. Ainsi entendus de manière très restrictive, les coûts de la fonction informatique du régime général, de la MSA et du RSI se sont élevés à 646 M€ au total en 2015.

Tableau n° 83 : dépenses effectives des budgets informatiques des branches du régime général, de la MSA et du RSI (2015)

En M€

Branches du régime général				MSA	RSI	Total
Maladie	Famille	Vieillesse	Recouvrement			
190	116	76	96	120	48	646

Source : organismes nationaux de sécurité sociale.

À partir des données de comptabilité générale des organismes nationaux, la direction de la sécurité sociale établit cependant une synthèse plus complète des charges de gestion informatique. Ainsi retracées, les dépenses consolidées liées à l'informatique ont atteint près de 1,3 Md€ au total en 2014 pour le régime général, la MSA et le RSI. Selon ces données, à considérer avec précaution compte tenu d'évolutions de périmètre voire de méthode sur la période, elles auraient légèrement augmenté par rapport à 2007.

Tableau n° 84 : charges informatiques globales[539] des branches du régime général, de la MSA et du RSI (2007-2014)

En M€

	Branches du régime général				MSA	RSI	Total
Année	Maladie	Famille	Vieillesse	Recouvrement			
2007	421	247	155	186	122	86	1 217
2014	451	251	134	199	135	94	1 264

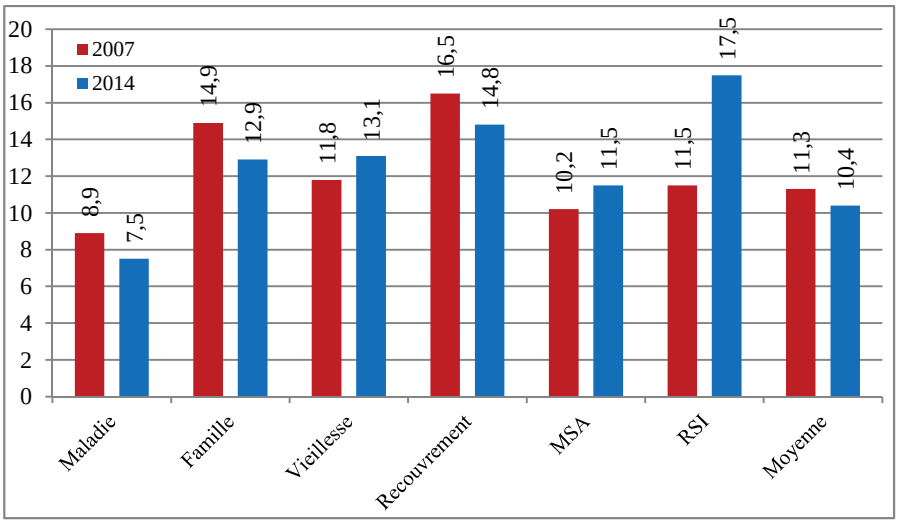
Source : direction de la sécurité sociale.

Compte tenu d'une progression de l'ensemble des charges de gestion administrative[540] plus forte que de celles liées à l'informatique, la part de ces dernières serait passée de 11,3 % en 2007 à 10,4 % en 2014.

Comme le montre le graphique ci-après, le niveau relatif des charges liées à l'informatique varie fortement selon les branches du régime général et les régimes de sécurité sociale.

[539] Frais de personnel, formation, achats de fournitures et de prestations externes, loyers amortissements.
[540] Entre 2007 et 2014, le montant total des charges de gestion administrative est passé de 10.7 Md€ à 12,1 Md€.

Graphique n° 50 : part des charges informatiques dans l'ensemble des charges de gestion administrative (en %, 2007-2014)



Source : direction de la sécurité sociale.

B - Des activités toujours éclatées malgré un début inégal de rationalisation

La fonction informatique repose sur une organisation propre à chaque régime ou branche pour le régime général de sécurité sociale.

Selon le cas, elle est regroupée au sein de l'organisme national tête de réseau (RSI), distribuée entre l'organisme national et les organismes de base (branche vieillesse du régime général et, depuis le 1er juillet 2015, branche famille), répartie entre l'organisme national et des centres informatiques dotés de la personnalité morale (activité de recouvrement et MSA) ou encore éclatée entre l'organisme national, les organismes de base et des centres informatiques dotés de la personnalité morale (branches maladie et branche famille avant le 1er juillet 2015).

Une distribution hétérogène des effectifs de la fonction informatique

La répartition des effectifs entre les directions des systèmes d'informations des organismes nationaux (21,7 % en moyenne en 2014), les organismes de base (49,3 %) et les centres informatiques autonomes (29 %) diffère selon les régimes et branches (voir tableau n° 82 *supra*).

Dans l'ensemble des branches du régime général, les organismes de base tiennent une place importante (de 42,3 % pour l'activité de recouvrement à 59,3 % pour la branche maladie ou à 63,2 % pour la vieillesse, dont les centres informatiques sont rattachés soit à l'organisme national, soit à des organismes de base). Celle des directions des systèmes d'information est plus réduite : elle s'élevait à 2,5 % pour la branche famille et à 13 % pour le recouvrement, préalablement aux réorganisations décrites *infra*, à 25,7 % pour la maladie et à 36,8 % pour la vieillesse.

Les deux autres régimes connaissent des situations asymétriques : au RSI, la direction des systèmes d'information, à laquelle sont rattachés l'ensemble des centres informatiques, regroupait 74 % des effectifs ; à la MSA, 63,7 % d'entre eux étaient affectés à des centres informatiques autonomes et 10,8 % seulement à la direction des systèmes d'information.

Cet éclatement entre de nombreuses entités juridiques reflète l'importance des organismes locaux dans l'organisation d'origine de la fonction informatique. Il tend à se réduire au profit d'un regroupement progressif des activités au sein d'un nombre plus réduit de structures, à un rythme et selon des priorités propres à chaque régime ou branche.

1 - Une place toujours importante des organismes locaux

Le RSI présente l'originalité d'une organisation en très grande partie centralisée. En effet, les services informatiques des caisses nationales préexistantes[541] ont été rattachés à la caisse nationale du RSI à sa création en 2006.

Dans le cas général cependant, la fonction informatique s'est organisée à l'origine à partir d'initiatives prises par les organismes de

[541] Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM), caisse nationale d'assurance vieillesse des artisans (CANCAVA) et organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce, compétente pour les retraites des commerçants (ORGANIC).

base. Lorsque les réseaux comprenaient un petit nombre d'organismes, les services informatiques se sont développés au sein de ces derniers (branche vieillesse du régime général, qui comprend 16 organismes métropolitains). Lorsque, au contraire, les organismes de base étaient nombreux[542], ces derniers ont constitué des centres informatiques, sous la forme d'unions (branches famille, maladie et recouvrement du régime général) ou d'associations (MSA), afin de mettre en commun les importants moyens nécessaires au développement et à l'exploitation de systèmes d'information.

Pour autant, les organismes locaux ont continué à assumer directement certaines fonctions au-delà de l'assistance de proximité aux utilisateurs des applications, de la sécurité physique et logique de ces dernières et de la maintenance physique des matériels.

D'une part, les organismes nationaux leur ont confié des missions dans des domaines très variés touchant à la maîtrise d'ouvrage, au développement d'applications nationales (300 agents des CPAM, 200 pour la MSA, une centaine pour la branche famille et le RSI) ou à la validation des versions informatiques préalable à leur mise en production. Au total, 29 CPAM et 19 CAF, l'ensemble des CARSAT et des caisses de MSA concourent à ces différentes missions.

D'autre part, les organismes locaux couvrent des besoins fonctionnels non pris en charge, de manière provisoire ou durable, par les systèmes d'information nationaux en développant des applications locales. Ces dernières recouvrent des réalités extrêmement variées. Les organismes nationaux en généralisent parfois certaines par la suite[543]. La Cour a pu observer dans le cas de la branche famille[544] qu'elles ne répondent pas systématiquement aux normes nationales de conception et de documentation et qu'elles peuvent, dès lors, présenter certains risques pour l'intégration des données dans les systèmes d'information centraux et, le cas échéant, pour la sécurité de ces derniers. L'absence

[542] Préalablement aux fusions intervenues à partir de 2009, les réseaux du régime général comptaient 122 CAF, 128 CPAM et 102 URSSAF, contre 100, 102 et 22 à l'heure actuelle. Avant 2010, la MSA avait 84 caisses locales (35 à l'heure actuelle).

[543] À titre d'illustration, la CAF du Pas-de-Calais a ainsi développé quatre outils ensuite déployés au niveau national : gestion informatique de l'allocation logement et des relations avec les bailleurs sociaux (IDEAL), gestion électronique des facturations hors allocataire (SAFIR), gestion des biens et applicatif de recensement des applications locales. Le système d'information des URSSAF (SNV2) a également une origine locale, ayant été initialement déployé en 1984 par l'URSSAF de l'Allier.

[544] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XVII : le pilotage et la gestion du système d'information de la branche famille, p. 489-513, La Documentation française, septembre 2012, disponible sur www.ccomptes.fr.

d'homologation nationale des applications locales peut parfois induire des risques d'écarts par rapport à la législation en vigueur[545].

2 - Un regroupement encore partiel des activités de développement et d'exploitation

Les régimes et branches de sécurité sociale se sont engagés dans un mouvement de réduction du nombre de structures juridiques assurant des activités de développement et d'exploitation. Il revêt cependant un caractère inégal.

La caisse centrale de la MSA a structuré en 2004 la maîtrise d'œuvre des développements informatiques, auparavant assurée par les caisses locales, au sein du groupement d'intérêt économique AGORA. Ce dernier s'appuie sur les ressources de la caisse centrale et de deux centres informatiques constitués sous une forme associative qui ont regroupé, en 2012, l'exploitation auparavant dispersée entre six sites différents. Une direction des systèmes d'information, créée en 2013, coordonne les différentes structures.

Dans l'activité de recouvrement du régime général, la direction des systèmes d'information du recouvrement de l'ACOSS exerçait des missions de maîtrise d'œuvre du système d'information des URSSAF (SNV2) à travers les deux centres nationaux informatiques, sans personnalité morale, qui lui sont rattachés (CNIR Sud et CNIR Paris). Par ailleurs, sept centres régionaux (CERTI)[546] assuraient l'hébergement, l'exploitation et l'éditique[547] pour les URSSAF qui en étaient membres et concouraient par ailleurs au développement des applications nationales. En 2009, l'ACOSS a engagé un mouvement de réorganisation afin de mettre fin à la duplication des mêmes activités par l'ensemble des CERTI. Tout en maintenant leur fonction d'assistance aux URSSAF, ils ont ainsi été spécialisés par mission nationale (production et éditique pour trois centres, expertise technique pour quatre centres, pour partie les mêmes). Puis, l'ensemble des moyens de conception et de maîtrise d'œuvre informatique de la direction, y compris ceux des CNIR Sud et de Paris, ont été regroupés en 2014-2015 sous une responsabilité unique.

---

[545] Dans la branche maladie, les CPAM déterminent sur des tableurs les ressources à prendre en compte pour l'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire et l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé. Les formules de calcul ne sont pas validées par la CNAMTS. Voir Cour des comptes, *Communication à la commission des finances du Sénat*, Le Fonds CMU-C, mai 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

[546] Principal organisme de la branche, l'URSSAF d'Île-de-France est dotée d'un service assurant des missions identiques.

[547] Correspondances type adressées aux assurés, aux allocataires ou aux cotisants.

S'agissant de la branche maladie, les structures participant à la fonction informatique ont été maintenues, mais l'organisation des activités a été rationalisée. Depuis 2004, la direction déléguée des systèmes d'information de la CNAMTS prend en charge la réalisation et la recette de l'ensemble des développements portant sur des applications nationales, auparavant assurées par des centres informatiques autonomes. En 2012, cette direction a été réorganisée afin notamment d'optimiser le cycle de développement ; à ce titre, des directions de pôle ont été créées. Après une première tentative en 2007, le portefeuille d'activités des neuf centres de traitement informatique (CTI) chargés de l'exploitation informatique des CPAM qui en sont membres a été rationalisé en 2014. Le nombre de centres chargés de l'exploitation informatique liée aux prestations a été réduit de neuf à cinq, les quatre autres étant spécialisés sur des domaines de production à dimension nationale.

Au sein de la branche vieillesse, le pilotage de la fonction informatique a été renforcé par la réduction de cinq à trois du nombre de directions informatiques nationales (2006), puis par l'unification (2008) en une seule direction de l'ensemble des missions informatiques de la CNAVTS. En outre, le nombre de centres informatiques est passé par étapes de 12 en 2009 à quatre en 2015. Ainsi, à partir de 2010, la CNAVTS a progressivement concentré l'exploitation des systèmes d'information sur deux centres nationaux de production, celui de Tours[548], qui lui est rattaché, et celui de Lyon dépendant de la CARSAT Rhône-Alpes). De même, les opérations de qualification et d'intégration des développements informatiques ont été regroupées sur deux autres centres, celui de Paris, rattaché à la CNAVTS, et celui de Marseille rattaché à la CARSAT Sud-Est. Les 16 organismes de base métropolitains continuent à effectuer par ailleurs des développements informatiques.

Concernant la branche famille, la Cour avait souligné dans son rapport sur la sécurité sociale de 2012[549] l'extrême dispersion des missions de développement et d'exploitation informatiques entre un très grand nombre de structures[550]. La COG 2013-2017 a prévu par la suite un

[548] Qui assure notamment la gestion des trois référentiels nationaux de l'identification, des carrières et des dossiers retraite.

[549] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XVII : le pilotage et la gestion du système d'information de la branche famille du régime général, p. 490-513, La Documentation française, septembre 2012, disponible sur www.ccomptes.fr.

[550] Six centres nationaux d'étude et de développement (CNEDI) comportant six antennes, dépourvus de la personnalité morale, et rattachés soit à une CAF, soit à l'un des huit centres régionaux de traitement informatique (CERTI) dont sont membres les CAF, compétents pour des missions d'exploitation, mais aussi de développement, et 13 pôles régionaux mutualisés pour des missions de soutien aux utilisateurs et de relation de service rattachés aux CERTI ou à des CAF.

premier regroupement des CNEDI et des CERTI autour de huit structures régionales, dotées de la personnalité juridique. Depuis lors, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a rattaché directement à la CNAF l'ensemble de ces centres, ainsi que le service commun des CAF de la région parisienne, au 1er juillet 2015. Ce mouvement apporte une rationalisation importante sur un plan juridique, mais l'effet en termes de réorganisation est nécessairement progressif. Les CAF continuent en outre de participer à la maîtrise d'œuvre des développements informatiques.

3 - Une maîtrise d'ouvrage mieux structurée

Depuis une dizaine d'années, les branches du régime général et les autres régimes se sont attachés à renforcer les fonctions de maîtrise d'ouvrage des applications informatiques, notamment en mettant en place des structures distinctes des directions métier comme de celles en charge des missions de maîtrise d'œuvre.

Au RSI, la maîtrise d'ouvrage informatique est depuis l'origine assurée par un département particulier de la direction des systèmes d'information de la caisse nationale.

À la MSA, la maîtrise d'ouvrage, qui était dispersée entre les caisses locales, a été regroupée en 2004 dans le groupement d'intérêt économique ARMONIA. Ce dernier s'appuie à la fois sur les ressources des caisses locales, de la caisse nationale et du GIE AGORA de maîtrise d'œuvre.

Dans la branche vieillesse du régime général, une direction de la maîtrise d'ouvrage déléguée a été créée en 2008 afin de mieux structurer cette mission qui était alors soit rattachée au secrétariat général de la caisse nationale (Outil retraite), soit confondue avec celle de maîtrise d'œuvre (référentiels nationaux gérés par le centre de Tours). À la suite de la création en 2013 d'une direction métier de la retraite, la direction de la maîtrise d'ouvrage assure l'interface entre cette dernière et les structures en charge de la maîtrise d'œuvre des applications.

Concernant l'activité de recouvrement, la direction métier (recouvrement et service) et les directions fonctionnelles (statistiques, finances et agence comptable) assument directement des fonctions de maîtrise d'ouvrage propres à leurs domaines d'activité. Depuis 2009, une direction de la production et de la maîtrise des activités prend en charge une partie des évolutions courantes du système d'information des URSSAF (SNV2) pour le compte de la direction métier. Les projets

structurants (évolutions apportées au dispositif de l'interlocuteur social unique partagé avec le RSI, déploiement de la déclaration sociale nominative et rénovation du système d'information des URSSAF - projet Clé'A -) sont, quant à eux, pilotés par une direction particulière.

S'agissant des branches maladie et famille, les directions métier et fonctionnelles assument la maîtrise d'ouvrage des principales applications. À la CNAF, une direction de l'évaluation et de la stratégie spécifique en assure la coordination sur ce plan. Malgré l'existence d'un nombre plus élevé d'applications et corrélativement une responsabilité plus large et diversifiée en matière de maîtrise d'ouvrage, la CNAMTS ne s'est pas dotée d'une structure similaire, en dépit de ce que la Cour avait préconisé pour remédier à un éclatement très préjudiciable à la qualité du système d'information de la branche maladie[551].

⁂

Ce mouvement de rationalisation, mené de manière pragmatique en fonction de considérations propres à chaque branche et régime, apparaît encore inabouti et laisse subsister une organisation encore complexe.

II - Une rationalisation inaboutie

A - Une balkanisation géographique et fonctionnelle

1 - Des réorganisations entravées

La création de pôles de compétence et la concentration des serveurs devraient permettre des restructurations ambitieuses. Les résultats en termes de rationalisation et de regroupements géographiques sont cependant restés limités.

[551] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010* chapitre VI : le système d'information de la branche maladie du régime général, p. 131-158, La Documentation française, septembre 2010, disponible sur www.ccomptes.fr.

La rigidité des conditions d'emploi des personnels affecte de fait très fortement les possibilités de redistribution et d'ajustement des effectifs. Reposant selon les dispositions de la convention collective exclusivement sur le volontariat, les mobilités géographiques et fonctionnelles des agents sont en effet réduites, et souvent plus encore dans les métiers informatiques.

Des conditions restrictives à la mobilité des personnels

Depuis 2006, les protocoles d'accord passés avec les organisations syndicales pour la restructuration des réseaux d'organismes de base contraignent très fortement les réorganisations, y compris celles liées à la fonction informatique[552]. Les mobilités géographiques et fonctionnelles ne peuvent intervenir que sur la base du volontariat, outre l'exclusion du recours à tout licenciement économique. Des modalités similaires s'appliquent à la MSA et au RSI. Des accords spécifiques ont complété ces protocoles lors de restructurations liées à l'informatique comme en 2012 pour la CNAMTS et en 2015 pour la CNAF. Ils garantissent notamment le maintien dans la localité (CNAMTS) ou sur le site (CNAF).

Dès lors, les sites informatiques ont généralement été pérennisés moyennant des redistributions d'activités. Afin de pouvoir assurer les nouvelles fonctions qui leur sont dévolues, les gestionnaires peuvent être amenés à recruter de nouveaux agents ou à passer des contrats avec des prestataires de service.

Au début de la COG 2010-2013, la CNAMTS envisageait ainsi la fermeture de cinq sites de la direction des systèmes d'information accompagnée d'un grand nombre de mobilités fonctionnelles et géographiques. *In fine*, ces sites ont été pérennisés sous des formes diverses : maintien de quelques agents dans les locaux de la CARSAT de Toulouse, intégration d'une douzaine d'agents de Metz au CNEDI de la branche famille pour assurer la maintenance et l'évolution de l'application interbranche de gestion des ressources humaines, tout en demeurant rattachés hiérarchiquement à la CNAMTS et transferts d'activités aux sites de Nantes et de Valence, ce qui a concouru à en assurer la pérennité au prix de pertes d'efficience.

[552] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre XIII : la réorganisation des réseaux de caisses du régime général : un mouvement significatif, un impossible *statu quo*, p. 451-491, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

Des transferts d'activités pour assurer la pérennité du site de Valence

À la suite de mouvements sociaux, le directeur général de la CNAMTS a décidé fin janvier 2013 l'abandon du projet de transfert des agents du site de Valence au centre de traitement informatique de la région Rhône-Alpes, situé à Saint-Étienne, afin qu'ils contribuent à l'activité de support, à la qualification des développements informatiques relatifs à la gestion des prestations et à la création d'une activité « projets internes à caractère technique ». En novembre 2013, après de nombreuses discussions et entretiens individuels, les 24 agents du site de Valence ont été réemployés sur place à d'autres tâches : acquisitions de progiciels (six agents), soutien aux activités de développement (16 agents) et secrétariat général de la CNAMTS, par ailleurs situé à Montreuil en proche banlieue parisienne (deux agents). Fin 2013, le centre de traitement de Rhône-Alpes, faute de transfert d'effectifs ou de mise en place de solutions de télétravail, a dû faire appel à des prestataires externes.

La rigidité des conditions d'emploi des agents constitue un frein aux redéploiements internes. Ainsi, entre 2010 et 2015, les effectifs de la direction des systèmes d'information de la CNAMTS ont augmenté de 35 ETPMA, tandis que ceux des CTI baissaient seulement de 17. Dans la branche famille, en dépit du transfert d'une cinquantaine de postes des CERTI et des CNEDI vers le secrétariat général et l'agence comptable, les effectifs de la direction des systèmes d'information de la CNAF n'ont pas diminué, compte tenu de nouveaux recrutements.

2 - Un émiettement géographique très préjudiciable

La rationalisation partielle de l'organisation de la maîtrise d'œuvre, des développements et de l'exploitation informatiques s'accompagne ainsi du maintien de ces activités sur de très nombreux sites : 23 pour la branche maladie, 19 pour la branche famille, 17 pour la branche vieillesse, dix pour l'activité de recouvrement, six pour la MSA et quatre pour le RSI.

Dans la branche maladie, si les centres informatiques ont été spécialisés dans certaines missions[553], les structures de la direction des systèmes d'information de la CNAMTS et celles placées sous son autorité fonctionnelle demeurent ainsi très dispersées sur un plan géographique. Contrairement aux prévisions de la CNAMTS, très peu de mobilités géographiques et fonctionnelles sont intervenues pour faciliter cette réorganisation[554].

Dans la branche famille, à la suite de l'absorption des CNEDI et des CERTI en son sein au 1er juillet 2015, la direction nationale des systèmes d'information comporte des missions et des directions réparties en un nombre très élevé de pôles ou de départements (44 au total). Contrairement aux objectifs affichés, les missions ne sont pas localisées sur trois à quatre sites au plus, mais sur quatre à dix. L'absence de mobilité géographique des agents a pour corolaire la nécessité d'un important et difficile effort d'adaptation pour une grande partie d'entre eux (près de 250 sur 800).

D'une manière générale, la fonction « études et développement », qui constitue le cœur de l'activité de développement des programmes informatiques, est éclatée entre un grand nombre de sites comptant souvent des effectifs réduits : 17 sites pour la branche vieillesse (comprenant de 4 à 83 agents exprimés en ETPMA par site), 13 pour la branche famille (avec de quatre à 100 ETPMA), neuf pour l'activité de recouvrement (réunissant de 17 à 70 ETPMA), huit pour la branche maladie (regroupant de 10 à 130 ETPMA) et quatre à la MSA (intégrant de 10 à 238 ETPMA).

[553] Cinq centres de services métier sont spécialisés dans le traitement de la production relative aux prestations (lancement des traitements « *batch* », des requêtes…), quatre autres dans un secteur d'activité à dimension nationale (gestion électronique des documents, gestion des ressources humaines, comptabilité).

[554] Dix mobilités géographiques et 50 mobilités fonctionnelles au sein de la direction des systèmes d'information de la CNAMTS au regard d'une prévision initiale de 180 ; un nombre indéterminé mais modeste au regard d'une centaine prévue au sein des CTI.

Un parc immobilier informatique sous-utilisé

Le parc immobilier de l'informatique de la sécurité sociale comporte des surfaces inoccupées parfois significatives. Pour une part, cette situation est liée à la concentration des machines sur deux sites dans le cas général (un principal et un de secours), qui laisse des surfaces disponibles dans les centres d'exploitation.

Certaines branches disposent dans une même localité de plusieurs sites comportant des surfaces moyennes par agent très importantes. Ainsi, à Angers, le personnel de la direction des systèmes d'information de la CNAMTS occupe des locaux distants de quelques centaines de mètres de celui du CTI où des surfaces sont vacantes. Dans la branche famille, à Sophia Antipolis, l'ex-CERTI possède des locaux mais loue des bâtiments à proximité. À Lyon, l'ex-CERTI est propriétaire de ses locaux, tandis que l'ex-CNEDI loue des locaux à proximité. En Île-de-France, l'ex-CNEDI est hébergé à l'ACOSS à Montreuil et à l'ex-CERTI à Noisy-le Grand. De même, le RSI est propriétaire de locaux à Sophia-Antipolis et en loue d'autres à proximité pour la maîtrise d'œuvre.

A fortiori, les implantations des régimes et branches ne sont pas coordonnées entre elles dans un objectif d'utilisation la plus efficiente possible. Dans la région toulousaine, quatre implantations informatiques (MSA, RSI, maladie, recouvrement) sont présentes, trois à Lyon (famille, vieillesse, recouvrement), à Sophia Antipolis (RSI, famille et maladie dans un rayon d'un kilomètre) et à Rennes (famille, maladie et MSA) et deux à Bordeaux (famille et maladie), à Dijon (famille et maladie), près de Strasbourg (RSI et maladie), à Tours (retraite et maladie) et à Valenciennes (famille et maladie, distantes de moins d'un kilomètre). À Valenciennes, la CNAMTS a acheté fin 2012 un immeuble de 3 820 m² de bureaux notamment pour y installer ses machines informatiques. Or, peu après, elles ont été transférées au CTI Sud de Toulouse. Les 800 m² qui se sont ainsi retrouvés sans utilité ont été mis à la disposition de la CPAM du Hainaut afin d'y héberger certaines de ses activités. Parallèlement, la branche famille, dont le centre est très proche et trop grand, a décidé de restaurer sa salle informatique pour y implanter l'un de ses deux data centers.

Malgré les modalités mises en œuvre pour en atténuer les incidences (travail collaboratif, visioconférence, intranet), la fragmentation d'activités de même nature entre de nombreux sites affecte l'efficacité d'ensemble de la fonction informatique : dispersion des compétences, difficulté à constituer des équipes homogènes, déperdition d'information. S'agissant de la gouvernance des projets, elle contribue à une multiplication du nombre de comités de décision et de suivi au risque de constituer plus un obstacle qu'une aide à leur bonne réalisation.

De multiples comités consacrés à l'informatique

Dans les régimes et branches, la gouvernance de la fonction informatique est assurée dans le cadre de comités de pilotage et de suivi qui réunissent les acteurs concernés. La multiplication de ces instances peut conduire à compartimenter de manière excessive la prise de décision et à diluer les responsabilités en la matière. En outre, l'animation et la participation à ces instances mobilisent des ressources significatives. Leur fonctionnement est d'autant plus lourd qu'elles réunissent des maîtrises d'œuvre fractionnées sur plusieurs sites.

Dans la branche maladie, la gouvernance de la fonction informatique est assurée par une quinzaine de comités, qui se déclinent eux-mêmes en un nombre indéterminé de groupes et de sous-groupes. Le découpage retenu pour mener à bien les projets selon leur niveau de priorité en neuf programmes, 16 projets prioritaires et 12 domaines aboutit à segmenter des domaines transversaux. Ainsi, la gestion des revenus de substitution est concernée par quatre programmes et deux projets prioritaires. Par ailleurs, un « comité opérationnel » réunissant les maîtrises d'ouvrage et les maîtrises d'œuvre et placé sous la présidence du directeur général de la CNAMTS devait prioriser et coordonner l'ensemble des projets informatiques. Depuis 2011, il ne s'est plus réuni.

S'agissant de la branche famille, la Cour avait relevé en 2012[555] l'existence d'environ 120 comités distincts qui avaient notamment pour objet de suppléer les faiblesses des directions de la CNAF dans l'exercice de leurs missions de maîtrise d'ouvrage des applications informatiques de la branche. Depuis lors, ils n'ont été rationalisés qu'à la marge : quatre nouveaux comités ont été créés afin de remplacer neuf autres comités.

Pour la branche vieillesse, la COG 2014-2017 prévoit le principe d'un pilotage des évolutions du système d'information associant étroitement les acteurs du métier, de la maîtrise d'ouvrage et de la maîtrise d'œuvre. La gouvernance de la fonction informatique est assurée par 22 comités de pilotage : trois instances de pilotage général du système d'information, dix liées à l'évolution du patrimoine applicatif, quatre relatives aux programmes du système d'information et cinq consacrées à des domaines extérieurs au cœur de métier de la branche.

Dans l'activité de recouvrement, cette même gouvernance repose sur dix comités, commissions et autres instances.

[555] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XVII : le pilotage et la gestion du système d'information de la branche famille du régime général, p. 490-513, La Documentation française, septembre 2012, disponible sur www.ccomptes.fr.

À la MSA, les questions relatives à la stratégie et à la gestion opérationnelle de l'informatique sont pilotées par un nombre plus restreint de comités (quatre au total). Il en va de même, sur un champ d'activités plus étroit[556], pour le RSI (quatre comités également).

3 - Un pilotage fonctionnel complexe

Afin d'intégrer dans les stratégies nationales l'ensemble des sites, quel qu'en soit le statut juridique, les directions des systèmes d'information, ainsi que celles en charge de la maîtrise d'ouvrage, ont mis en place un pilotage fonctionnel des activités informatiques.

Dans ce cadre, l'échelon national exerce une autorité fonctionnelle sur les agents des sites des organismes locaux et des centres informatiques dotés d'une personnalité juridique distincte de celle des organismes nationaux. Les agents demeurent cependant rattachés sur un plan hiérarchique à l'organisme local ou au centre informatique auquel les lie leur contrat de travail.

Cette organisation, qui vise à concilier l'éclatement institutionnel de la fonction informatique avec l'affirmation du rôle des organismes nationaux, présente cependant des inconvénients importants. D'une part, l'échelon national ne maîtrise qu'imparfaitement l'utilisation effective des moyens pour les missions demandées lorsqu'une partie de ces dernières est assurée par des organismes locaux. En effet, leurs directeurs disposent de possibilités d'arbitrage entre les différentes missions confiées à leur organisme. D'autre part, la dissociation du rattachement fonctionnel et du rattachement hiérarchique des agents rend plus complexe leur gestion en terme de hiérarchie de priorités comme d'appréciation de la manière dont ils s'acquittent des tâches qui leur sont confiées.

Des difficultés de même nature se manifestent également lorsque, du fait de l'éclatement géographique, des agents d'un site appartenant à la direction nationale des systèmes d'information sont placés sous la responsabilité fonctionnelle de cadres implantés ailleurs.

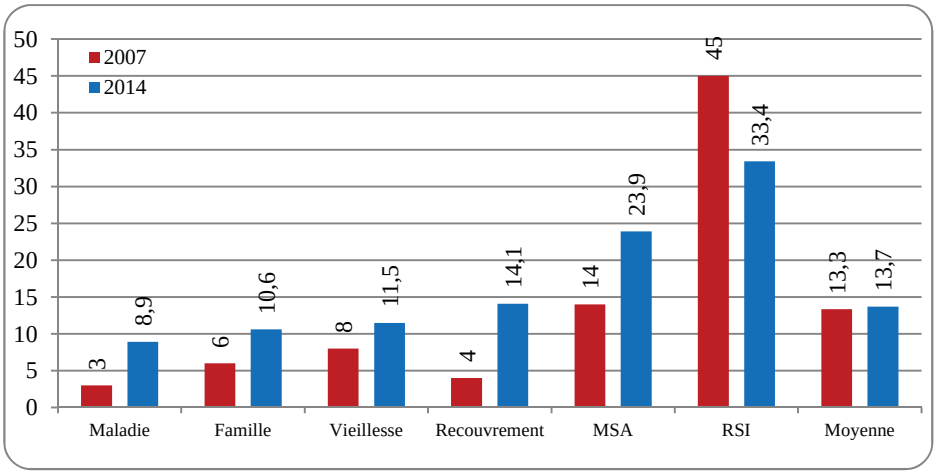
[556] Le RSI ne gère ni de prestations familiales, ni de prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Par ailleurs, la gestion des prestations maladie (artisans et commerçants et professions libérales) est déléguée à des organismes conventionnés et la collecte des prélèvements sociaux des artisans et commerçants est partagée avec le réseau des URSSAF.

B - Des répercussions sur l'exercice des missions

1 - Un recours croissant aux prestataires externes pour le développement des projets

Le recours à des prestataires externes tend à prendre une place croissante. Malgré l'importance des effectifs informatiques, leur dispersion géographique et leur faible mobilité fonctionnelle se conjuguent avec l'ancienneté relative de beaucoup d'entre eux pour tendre à désajuster leur profil par rapport aux exigences techniques et aux compétences de plus en plus spécialisées nécessaires à la mise en œuvre de projets de grande ampleur. Cette situation pousse les directions informatiques à faire appel de plus en plus largement à des sociétés de services.

Graphique n° 51 : part des coûts informatiques externalisés dans les coûts informatiques (en %, 2014)



Source : direction de la sécurité sociale.

La part de l'externalisation est devenue ainsi prépondérante pour certains processus. S'agissant du développement, elle est en moyenne de 65 % pour la MSA, de 46 % pour la branche maladie et l'activité du recouvrement et de 25 % pour la branche famille ; en incluant l'exploitation et le conseil, elle atteint 56 % pour le RSI. Le recours aux prestataires externes représente de fait l'équivalent de 450 emplois pour la branche maladie, 250 pour la MSA, 238 pour le RSI, 200 pour l'activité de recouvrement, 145 pour la branche vieillesse et 110 pour la branche famille.

Pour certains projets, le recours à des prestataires externes est devenu prépondérant. Il atteint ainsi 54 % pour la rénovation du système cœur de métier des URSSAF (SNV2), projet stratégique majeur. Il dépasse 60 %, voire atteint 100 %, pour certains projets de la branche maladie et de la MSA.

Le risque ne peut être écarté, comme le montre la situation du RSI, d'une dépendance à l'égard de prestataires externes qui pourrait nuire à la maîtrise, par les directions informatiques, de certains domaines et affecter leur capacité à les faire évoluer par la suite par leurs propres moyens.

La difficile réinternalisation des effectifs du RSI

À l'occasion du bilan de la COG 2007-2011 et dans le contexte des difficultés qui ont suivi la mise en place du dispositif de l'interlocuteur social unique, l'IGAS avait souligné[557] que le RSI mettait en œuvre « une politique de sous-traitance systématique » qui se révélait « être problématique » en raison de sa dépendance vis-à-vis de prestataires, notamment en matière de tierce maintenance applicative.

Entre 2012 et 2015, le RSI s'est efforcé de réduite cette dépendance externe en prévoyant d'internaliser 50 postes informatiques. Sur ces 50 postes, 17 ont été créés pour des fonctions de maîtrise d'ouvrage et 33 à la direction des systèmes d'information pour des fonctions de maîtrise d'œuvre. Seule une partie a été pourvue, certains des départs en retraite à la DSI n'étant pas remplacé.

2 - Une qualité de service mesurée par les taux de disponibilité insatisfaisante

La mesure de la performance et l'amélioration de la qualité de service rendu aux organismes et aux usagers constituent des enjeux d'autant plus importants que les informations télédéclarées affectent de plus en plus directement la liquidation des prestations et celle des prélèvements sociaux.

[557] Dans un rapport d'octobre 2011.

Le traitement des incidents informatiques

Les anomalies détectées font l'objet de procédures normalisées de prise en charge selon trois niveaux. Le premier relève d'un centre chargé d'assurer l'assistance aux organismes de son ressort géographique. Les deux autres relèvent d'entités spécialisées, souvent à caractère national. Si des réflexions sont en cours dans les branches famille et recouvrement pour mettre en place un centre d'appel national, seule la branche maladie, en interne, et le RSI, avec le concours d'un prestataire de service, disposent d'une telle structure. L'organisation mise en place par la branche maladie (« service desk national ») ne donne cependant pas encore pleinement satisfaction[558].

Par ailleurs, les outils utilisés pour suivre les anomalies comportent des lacunes. Ceux en cours de déploiement depuis 2012 au sein de la branche maladie présentent encore de nombreux dysfonctionnements. S'agissant de la branche famille, des fonctionnalités importantes ne sont pas opérationnelles[559].

Le traitement d'un incident est fonction de sa nature et de son niveau de gravité. Selon ce dernier, il doit en principe être résolu dans un délai déterminé. Cependant, celui-ci est fréquemment dépassé. Des incidents affectés d'un très haut niveau de priorité (à traiter en moins de quelques heures) peuvent demeurer non résolus, pendant plusieurs mois, voire pendant plus d'une année.

À l'exception de l'activité de recouvrement, les taux de disponibilité des applications sont relativement faibles (entre 95 % et 98 % selon les mois) par rapport aux standards (au-delà de 99,9 %). Trois applications du système d'information interrégimes de retraite sur six ont connu des taux de disponibilité inférieurs à 98 % en heures pleines[560].

Les taux de disponibilité font l'objet d'engagements de service différenciés en fonction des plages horaires. Tel est notamment le cas pour les applications « échange inter régimes retraite » (EIRR) et « répertoire national commun de la protection sociale » (RNCPS) et les

[558] En particulier, le taux de résolution de niveau 1 s'élève uniquement à 10 % au regard d'un objectif de 20 %. Par ailleurs, 10 % des demandes de résolution d'incidents adressées par le niveau 1 au niveau 2 font l'objet d'une erreur d'aiguillage vers le service compétent pour les traiter.

[559] La gestion des problèmes, qui recherche la cause première des incidents récurrents ou majeurs, n'est pas assurée. Par ailleurs, les suites données aux incidents ne sont pas retracées dans des tableaux de bord.

[560] De 8 h à 18 heures en jours ouvrés.

accès informatisés à ces applications pour les organismes de sécurité sociale et les assurés[561].

Les temps de réponse parfois longs des applications, voire leur indisponibilité, affectent l'activité des organismes. L'estimation du temps d'activité des agents perdu du fait des incidents ou des indisponibilités liés à l'informatique est très insuffisante. Seule l'ACOSS a mis en œuvre une telle démarche. Elle fait apparaître que ces difficultés réduisent à hauteur de près de 100 ETP en moyenne annuelle 2015 son potentiel de production en année pleine. Selon un même calcul de la Cour, les indisponibilités auraient une incidence proche de 440 ETPMA sur la branche famille.

⁂

Ces difficultés appellent des évolutions structurelles dans l'organisation de la fonction informatique pour mieux faire face aux enjeux accrus d'efficience et de modernisation de la sécurité sociale dans la période qui s'ouvre.

III - Une priorité à donner à des évolutions structurelles

La modernisation de la fonction informatique est un processus continu à la mesure de l'évolution rapide des technologies. Dans ce contexte, les organismes de sécurité sociale doivent relever dans les prochaines années plusieurs défis importants.

Ils sont confrontés en premier lieu à des enjeux considérables de modernisation de leurs systèmes d'information. Ces chantiers de grande ampleur, en temps et en moyens[562], conditionnent la continuité et la qualité de la production des régimes de sécurité sociale et, en partie, leur capacité à dégager de nouveaux gains de productivité. Plusieurs refontes majeures des systèmes de production sont ainsi en cours simultanément

[561] Avec une disponibilité minimum garantie en moyenne mensuelle de 99 % sur la plage 8h00 - 18h00 en jours ouvrés et de 95 % le reste du temps (nuit, week-ends et jours fériés), en l'espèce dépassée au cours des 12 derniers mois.

[562] Pour l'activité de recouvrement, la rénovation aujourd'hui engagée de l'application principale, le SNV2, conçue dans les années 1990, représente un coût prévisionnel de 111 M€ et des délais de réalisation qui pourraient s'étaler sur une décennie.

dans la branche maladie (PROGRES-PN pour les prestations en nature et PROGRES-PE pour les indemnités journalières), AT-MP (SGE-TAPR pour la détermination des taux de cotisation), famille (CRISTAL pour les prestations légales et OMEGA pour les prestations d'action sociale), vieillesse (Outil retraite), et dans l'activité de recouvrement (rénovation du SNV2 dans le cadre du projet Clé'A). Le respect des trajectoires fixées en termes de délais, de fonctionnalités et de coûts dépend au premier chef de la solidité et de la qualité du pilotage et de l'organisation de la fonction informatique.

En second lieu, la sécurité sociale s'est engagée dans le développement de téléservices pour faciliter ses relations avec les usagers. Comme la Cour l'a analysé récemment pour les administrations de l'État[563], il importe qu'elle puisse s'inscrire plus fortement encore dans la généralisation des services publics numériques avec une offre de service en ligne renforcée, afin de faire du numérique le mode d'exercice de droit commun pour les démarches de ses usagers.

La modernisation des systèmes d'information est enfin un levier essentiel pour réaliser de nouveaux gains d'efficience et des économies de frais de gestion, dans un contexte où les contraintes qui pèsent sur l'ensemble des organismes deviennent plus fortes.

Face à ces enjeux, un renforcement du pilotage de la fonction informatique, une consolidation des capacités internes aux organismes de sécurité sociale et une exploitation accrue des synergies entre régimes et branches apparaissent indispensables.

A - Renforcer le pilotage de la fonction informatique

Il importe ainsi de faire de la fonction informatique une priorité de premier rang dans le cadre de la prochaine génération de conventions d'objectifs et de gestion entre les organismes de sécurité sociale et l'État. Le pilotage de la fonction informatique doit être sensiblement renforcé en affirmant plus fortement des orientations stratégiques elles-mêmes mieux structurées et en renforçant le rôle fédérateur des directions des systèmes d'information.

563. Cour des comptes, *Communication au Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale* : Relations aux usagers et modernisation de l'État : vers une généralisation des services publics numériques ; janvier 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

1 - Mieux définir les priorités stratégiques et mieux en suivre la réalisation

Une approche globale de la fonction informatique est à développer dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion entre les organismes nationaux et l'État (COG) et des schémas directeurs des systèmes d'information (SDSI) qui les accompagnent.

Les volets informatiques des COG récentes sont de fait marqués par des orientations générales et peu hiérarchisées, sans indicateur de suivi spécifique des projets informatiques. Dans ces conditions, les SDSI tendent à reconduire d'un schéma sur l'autre les mêmes objectifs.

Par ailleurs, les moyens en emplois et en crédits dans le domaine informatique ne sont retracés que très partiellement, ce qui ne permet pas des arbitrages clairs entre moyens de fonctionnement et d'investissement et entre capacité de traitement interne et recours à l'externalisation.

Les COG devraient ainsi fixer des objectifs nettement plus précis en matière de modernisation des systèmes d'information et d'adaptation des organisations informatiques. Le processus d'élaboration des SDSI, qui ont pour objet de détailler le contenu des orientations des COG, leur calendrier et les moyens affectés à leur réalisation, devrait lui-même être redéfini afin qu'ils constituent de véritables « feuilles de route » de la fonction informatique au cours de la période couverte. Les orientations énoncées devraient ainsi être précédées d'une évaluation systématique des systèmes d'information (notamment des fonctionnalités disponibles et du niveau d'automatisation) et des organisations en place. L'affectation des ressources aux différentes activités de la fonction informatique devrait être plus détaillée et les indicateurs de suivi plus précis.

2 - Rationaliser l'organisation des activités de développement et d'exploitation

Tirer les conséquences au plan institutionnel du pilotage fonctionnel de plus en plus resserré, mais encore inabouti, par les directions nationales des activités informatiques gérées par des centres dotés de la personnalité juridique ou par des organismes locaux, est désormais indispensable.

Pour l'activité de recouvrement, dans le cadre du chantier « direction des systèmes d'information 2018 », l'ACOSS prévoit en ce sens de regrouper dans une seule structure juridique, soit l'agence centrale elle-même, soit une entité distincte qui lui serait rattachée

l'ensemble des fonctions de développement et d'exploitation aujourd'hui assurées par les deux centres qui lui sont rattachés et les sept autres (CERTI) constitués sous la forme de personnes morales distinctes. Cependant, l'éclatement géographique des effectifs continuera à constituer une forte contrainte. Les études et développement sont partagés entre neuf sites. Les projets majeurs de rénovation du système d'information des URSSAF et le domaine digital sont chacun répartis sur quatre sites.

Dans la branche maladie, une démarche de même nature n'a pas été engagée pour ce qui concerne ses neuf CTI, malgré les responsabilités nationales qui leur ont été reconnues par la CNAMTS.

Un positionnement institutionnel des centres de traitement informatique de la branche maladie à clarifier davantage

Depuis 2014, les missions des neuf centres de traitement informatique (CTI) de la branche maladie ont évolué de façon importante.

Ils ne constituent plus des unions œuvrant pour les CPAM à l'origine de leur création, mais travaillent au service de la branche tout entière. Seuls trois centres se consacrent exclusivement à des missions d'exploitation ; deux autres ont également une mission de qualification ou une mission globale ayant trait aux relations avec les autres régimes d'assurance maladie (projet, développement, qualification et exploitation) ; les quatre derniers exercent également pour le compte de l'ensemble des organismes de la branche des missions nationales portant sur un champ global ou partiel au titre d'autres domaines (Sesam Vitale, gestion électronique de documents, etc.).

Sous réserve de la finalisation des réorganisations en cours (prise en compte des méthodes et outils de planification de la caisse nationale pour les développements notamment), les neuf CTI ne se distinguent plus des trois centres nationaux de la CNAMTS. En maintenant des personnalités juridiques distinctes et des organes délibérants aux pouvoirs essentiellement formels[564], l'organisation institutionnelle des CTI de la branche maladie n'a encore pris qu'imparfaitement en compte ce nouveau positionnement[565].

[564] Approbation des budgets et des comptes, désignation de représentants à diverses commissions et prise de connaissance d'informations générales.

[565] Suivant l'arrêté interministériel du 23 juillet 2015 qui en a fixé le modèle de statuts, les centres de traitement informatique des organismes de la branche maladie ne constituent plus des unions de caisses, mais un regroupement de CPAM décidé par le directeur de la CNAMTS.

S'agissant de la branche vieillesse, la CNAVTS a engagé depuis plusieurs années une rationalisation du portefeuille d'activités des CARSAT. Celle-ci a cependant une portée encore limitée : dans le cas général, les « pôles de compétences » des CARSAT couvrent l'ensemble des fonctions relatives au développement, souvent avec des effectifs réduits. Le rattachement juridique à la CNAVTS de l'ensemble des agents des CARSAT aujourd'hui placés sous son pilotage fonctionnel permettrait d'accélérer une reconfiguration nécessaire de la fonction informatique autour d'un nombre plus restreint de sites davantage spécialisés.

Une rationalisation à poursuivre des activités de développement de la branche vieillesse

En 2005, la CNAVTS a engagé une démarche de rationalisation de l'organisation des activités de développement informatique. Les activités de développement informatique des 17 sites de la branche (ceux de Tours et de Paris de la CNAVTS et ceux des 15 CARSAT métropolitaines) ont ainsi été découpées en cinq pôles distincts (études et développement, production, intégration, qualification fonctionnelle et expertise technique).

En 2015, malgré une concentration croissante sur quatre centres (les centres informatiques de Tours et de Paris de la CNAVTS et ceux de Lyon et de Marseille), les activités de développement informatique étaient assurées par pas moins de 16 sites, la production locale par 13, la qualification fonctionnelle et l'expertise technique chacune par 11 et l'intégration par cinq.

Ce n'est que lorsque le niveau des effectifs concernés est devenu résiduel que des activités de développement sont retirées à une CARSAT : parmi les 15 CARSAT, seules celles d'Auvergne (Clermont-Ferrand) et Midi-Pyrénées (Toulouse), dont les effectifs sont les plus réduits (8 et 11 ETPMA respectivement en 2015), n'auront plus de missions informatiques déléguées par la CNAVTS à la fin de la COG 2014-2017. En 2015, 10 des 15 CARSAT comptaient pourtant des effectifs informatiques réduits (moins de 30 ETPMA).

Sans qu'un seul modèle d'organisation s'impose à l'ensemble des branches et des régimes, il apparaît souhaitable de renforcer les organismes nationaux dans leur capacité de pilotage de l'ensemble des agents impliqués dans la fonction informatique et d'arbitrage sur les moyens en emplois et en crédits qui en relèvent. Leur reconnaître une autorité fonctionnelle comme hiérarchique sur l'ensemble des agents et des moyens affectés aux développements et à l'exploitation informatiques apporterait à cet égard une clarification utile.

B - Consolider les capacités internes de maîtrise d'ouvrage et de maîtrise d'œuvre

Assurer le renouvellement des compétences informatiques et la transmission de la connaissance des applications constitue une priorité dans un contexte où les organismes de sécurité sociale vont être confrontés à court terme désormais à un choc démographique de très grande ampleur[566]. Elle offre l'opportunité de reconsidérer le degré d'externalisation de la fonction informatique et d'envisager une réinternalisation de certaines compétences spécifiques.

1 - Construire une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Dans l'ensemble des régimes et branches, la pyramide des âges de la fonction informatique est très sensiblement déséquilibrée. Les agents âgés de plus de 56 ans y représentent environ 20 % des effectifs, en fort contraste avec le secteur privé où les plus de 50 ans constitueraient 9,9 % des salariés employés dans cette fonction[567].

L'importance des déséquilibres démographiques dans certains centres informatiques de la sécurité sociale

Dans six des neuf centres informatiques de la branche maladie, la proportion d'agents âgés de plus de 55 ans est comprise entre 20 et 32 %. Pour cinq des 15 sites rattachés à la CNAMTS, elle dépasse 20 %. Par ailleurs, 90 % des 11 agents du site de Metz ont entre 46 et 55 ans.

Dans trois des huit ex-CERTI et un des six ex-CNEDI de la branche famille, la part des agents âgés de plus de 55 ans s'étage de 20 à 34 %. Dans l'activité de recouvrement, elle est comprise entre 22 et 28 % dans deux des neuf centres informatiques.

Pour les deux principaux centres du RSI, elle atteint 24 %. Pour la MSA, les agents âgés de plus de 50 ans des deux centres de production et de la DSI représentent 60 % du total des effectifs.

[566] Sur cette question, voir le chapitre XI du présent rapport : la gestion du personnel des organismes de sécurité sociale : une stratégie de modernisation à définir sans tarder.
[567] Syntec Numérique, « secteur et marchés ».

Ce déséquilibre impose de fortes contraintes en termes de pilotage des ressources humaines, tant en raison d'un important renouvellement à prévoir - avec la perte qu'elle entraîne de la connaissance de l'institution et de ses systèmes d'information - que dans la gestion des compétences des agents. Cette situation peut aussi constituer une opportunité pour redéfinir l'organisation de la fonction informatique et recomposer la carte des implantations informatiques, en permettant notamment de fermer les sites qui comptent peu d'effectifs et de recentrer les activités sur un nombre de sites plus réduit.

Le système d'information des ressources humaines, fragmenté et incomplet, propre à chaque branche et régime, ne permet cependant pas d'assurer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences efficace, qui reste ainsi à mettre en place. Elle permettrait notamment de mieux identifier les besoins de formation et d'accompagnement des agents dans un domaine où l'obsolescence des connaissances est rapide et de mener des études prospectives sur les ressources à mobiliser dans le cadre de la modernisation des systèmes d'information et des réorganisations à venir.

2 - Réduire le recours aux prestataires externes

L'importance des départs en retraite à désormais brève échéance offre l'opportunité qui ne doit pas être manquée à la fois de réduire les effectifs et d'accroître les compétences à hauteur des enjeux stratégiques que comporte la modernisation des systèmes d'information.

Il convient dans cette perspective d'identifier rapidement les profils à haut niveau, peu nombreux mais nécessaires pour permettre aux régimes et branches de sécurité sociale de renforcer leur maîtrise de fonctions déterminantes. Ces dernières au fil du temps ont été parfois confiées à des prestataires de service, avec des risques d'affaiblissement des capacités en interne de maîtrise d'ouvrage et de maîtrise d'œuvre.

Cette réinternalisation ciblée, à mener avec pragmatisme et sélectivité branche par branche et régime par régime, devrait être accompagnée par les administrations de tutelle. En particulier les cadrages des emplois dans la prochaine génération de conventions d'objectifs et de gestion devraient prendre en compte cette nécessité.

C - Développer une approche davantage mutualisée

L'approche interbranches et interrégimes dans le domaine informatique a privilégié jusqu'ici le développement de certains grands projets, sans mobiliser toutes les potentialités d'une approche d'ensemble.

Le développement des mutualisations entre organismes dans le domaine des systèmes d'information est ainsi l'un des objectifs posés par l'article L. 114-23[568] du code de la sécurité sociale. Pour autant, la convention cadre prévue pour déterminer les actions communes et fixer des objectifs transversaux n'a pas été conclue entre l'État et chaque organisme national.

De même, le schéma stratégique des systèmes d'information (SSSI) du service public de la sécurité sociale, approuvé par un arrêté du 31 juillet 2013, se veut une « feuille de route pour les 10 ans à venir »[569], mais les 21 comités de pilotage qu'il mentionne n'ont jamais été réunis. Quelques comités qui pouvaient exister antérieurement ont toutefois poursuivi leurs travaux autour de quelques grands projets ou domaines[570].

Le développement en commun de projets informatiques

Certains référentiels ou applications interbranches et interrégimes sont élaborés pour une utilisation commune. Ces opérations importantes de conception ou de développement d'outils et d'applications peuvent être menées par des structures impliquant de nombreux acteurs de la sphère sociale.

[568] Article 110 de la loi de la loi de financement de sécurité sociale pour 2012. Il vise en particulier des objectifs transversaux « de mutualisation entre organismes, notamment dans le domaine […] des systèmes d'information, en cohérence avec le plan stratégique ». D'autres domaines sont également visés comme l'immobilier, les achats, les ressources humaines, la communication.

[569] Les objectifs concernent en premier lieu la simplification des démarches administratives et de l'accès aux droits. Ils concernent également les organismes de sécurité sociale en matière de qualité des données traitées, d'amélioration des délais de traitement et de mutualisation des investissements informatiques.

[570] Répertoire national commun de la protection sociale, système national de gestion des identifiants, répertoire national inter-régimes de l'assurance maladie et déclaration sociale nominative.

Créé en 1993, le GIE Sesam Vitale[571], maître d'œuvre et opérateur du dispositif des cartes Vitale et des cartes des professionnels de santé, permet aux régimes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie des échanges de données sécurisées nécessaires au paiement des prestations. Institué en 2000, le GIP MDS (modernisation des déclarations sociales) permet aux entreprises, via le site www.net-entreprises.fr, d'effectuer une vingtaine de déclarations sociales en ligne. Il assure par ailleurs la maîtrise d'ouvrage opérationnelle de la déclaration sociale nominative (DSN), projet majeur de simplification des déclarations des entreprises associées aux prélèvements fiscaux et sociaux en cours de généralisation d'ici au printemps 2017.

Par ailleurs, la branche vieillesse du régime général coopère avec le RSI et la MSA pour mettre en œuvre la liquidation unique des régimes alignés (LURA) au 1er janvier 2017, ce qui nécessite de rendre inter-opérables leurs systèmes d'information avec la base unifiée de données de carrières mise en place par la CNAVTS.

Au-delà de ces travaux communs sur de grands projets, une approche plus systématique des enjeux de gestion selon une dynamique interbranches et interrégimes gagnerait à porter sur plusieurs points d'application prioritaires.

Il pourrait s'agir en premier lieu des achats informatiques (plus de 1,2 Md€ en 2015 au titre des seuls marchés nationaux en cours du régime général - à l'exception de la CNAF -, de la MSA et du RSI). Une mutualisation accrue permettrait de réaliser des économies supplémentaires en ce domaine alors qu'un grand nombre de marchés vise à satisfaire des besoins identiques (matériels, serveurs, progiciels, assistance informatique, prestations de développement ou d'assistance à maîtrise d'ouvrage). Le schéma stratégique des systèmes d'information de la sécurité sociale prévoyait d'ailleurs d'étudier les conditions de mise en œuvre de politiques d'achat communes. Ce chantier, confié à l'UCANSS, a peu progressé.

[571] Il est composé des organismes d'assurance maladie obligatoire et des fédérations et organisations d'assurance complémentaires santé.

Bien que les problématiques de ressources humaines figurent également au nombre des domaines couverts par ce schéma, un seul des cinq objectifs fixés[572] a connu un début de mise en œuvre : la mise en place d'un référentiel des emplois et des métiers au sein du régime général[573]. Une extension de ce référentiel aux autres régimes est aujourd'hui prévue. Les différents régimes étant confrontés à des enjeux identiques de vieillissement et de maintien à niveau des compétences informatiques des agents, des passerelles devraient être mises en place - comme il avait également été prévu - afin d'offrir de nouvelles possibilités de mobilité aux agents, notamment lorsque des services informatiques de différents réseaux sont installés à proximité immédiate.

Enfin, une réflexion mériterait d'être engagée sur une utilisation des infrastructures qui ne soit pas exclusive à chaque institution. Les besoins sont loin d'être toujours spécifiques, en particulier pour les téléservices aux usagers. De nombreuses « briques » sous-jacentes aux applications (bases de données, services Web) correspondent à des standards et peuvent être gérées indépendamment de leur contenu, propre à chaque projet.

Dans ces conditions, il deviendrait alors possible, avec les facilités accrues de télégestion, d'envisager une mutualisation des centres d'hébergement. La création de centres de services partagés interbranches et interrégimes pourrait ainsi contribuer à réduire le nombre de sites, à en rationaliser les surfaces ou à surmonter les contraintes affectant les mobilités géographiques, selon un mouvement identique aux réorganisations et rationalisations que met progressivement en œuvre la direction générale des finances publiques. Le schéma stratégique des systèmes d'information de la sécurité sociale a retenu une orientation de cette nature, mais sa mise en œuvre se limite à ce stade à un projet de groupe de travail et de désignation de chefs de file.

[572] Les autres objectifs visaient « à faciliter les mobilités intra, inter branches et inter régimes ; développer la visibilité des métiers SI de la sécurité sociale ; étudier les dispositifs spécifiques dédiés à la gestion des mobilités en cas d'évolution des organisations ; partager une estimation de la projection des ressources (en ETP) sur des besoins précis ».

[573] En 2012, la CNAMTS, la CNAF, l'ACOSS et la CNAVTS ont entrepris une démarche de refonte de leurs emplois types informatiques en prenant pour référence la nomenclature des métiers du « club informatique des grandes entreprises françaises » (CIGREF). En 2014, les travaux ont débouché sur une évolution du classement des emplois pour les agents chargés de la gestion des systèmes d'information.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La fonction informatique de la sécurité sociale, historiquement issue pour une grande part des organismes locaux, se réorganise de manière progressive, à un rythme et selon des priorités propres à chaque branche et régime, dans un mouvement qui tend à conférer un rôle accru à l'échelon national.

Loin d'être figée, elle a permis des améliorations importantes des processus de gestion des prestations et des prélèvements sociaux, sans rupture du service rendu. Mais elle reste fragmentée sur un plan institutionnel entre organismes nationaux, organismes de base et centres informatiques et émiettée sur un plan fonctionnel comme géographique entre un nombre très élevé de sites. Les budgets informatiques ne retracent qu'une partie des moyens mobilisés. Ces derniers sont pourtant importants, avec près de 9 000 agents pour le régime général, le RSI et la MSA et de l'ordre de 10 % des charges annuelles de fonctionnement.

De fait, les progrès d'organisation sont pour partie entravés par des pesanteurs. La création de pôles de compétences et le regroupement des serveurs informatiques ont été freinés par la pérennisation d'implantations en grand nombre et l'absence de mobilité des agents. Un pilotage complexe, fondé sur une dissociation entre rattachement fonctionnel des agents (à la direction nationale des systèmes d'information) et rattachement hiérarchique (à l'organisme local ou au centre informatique employeur), et des redistributions croisées d'activités entre structures en atténuent certes les incidences, mais tout en confortant cette dispersion de facto.

L'exercice des missions des organismes de sécurité sociale s'en trouve affecté. La dispersion des compétences, les rigidités d'emploi et les besoins d'expertises nouvelles se conjuguent pour favoriser une large externalisation de fonctions importantes. La qualité de service et le taux de disponibilité des applications ne s'inscrivent pas au niveau qui devrait être le leur.

Dans une période où l'ensemble des institutions de sécurité sociale sont confrontées à des enjeux majeurs de modernisation de systèmes d'information et de développement des services publics numériques, des évolutions structurelles s'imposent ainsi.

La fonction informatique est de fait à considérer comme une priorité de premier rang pour des institutions dont l'activité repose sur la solidité de systèmes d'information parmi les plus importants de notre pays. Il apparaît essentiel à cet égard de fixer un cap beaucoup plus ambitieux en ce domaine pour la prochaine génération de conventions d'objectifs et de gestion, en en faisant un levier essentiel d'une stratégie de modernisation cohérente, fondée sur des objectifs fortement hiérarchisés et suivie précisément dans sa réalisation.

Dans le même sens, il importe d'en affermir le pilotage en intensifiant le processus de rationalisation engagé. Il conviendrait ainsi de rattacher progressivement aux organismes nationaux les différents centres informatiques et de définir un schéma des implantations territoriales qui remédie à une dispersion qui ne permet pas un emploi optimal des moyens.

Le choc démographique qui affectera l'ensemble de la sécurité sociale dans les toutes prochaines années oblige à mettre en œuvre rapidement une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences de la fonction informatique qui fait aujourd'hui défaut. Il offre l'opportunité d'une réorganisation rapide et en profondeur, en facilitant une évolution nécessaire, vers des fonctions à plus forte valeur ajoutée et en permettant notamment de réinternaliser de façon ciblée certaines compétences et d'encadrer plus fortement le recours à des prestataires.

Cette démarche prendra toute sa portée en s'inscrivant dans une dynamique de mutualisation accrue, chaque fois que cela est pertinent, entre branches et régimes de sécurité sociale. La convergence des règles de calcul des prestations, les intégrations financières de plus en plus larges, les contraintes d'efficience autorisent moins encore que par le passé des approches autonomes qui se traduisent par des duplications de systèmes, des doublons de sites et des redondances d'investissements. La mise en place de centres de services partagés constitue à cet égard un objectif à inscrire dans un calendrier de moyen terme.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

53. *reconnaître aux organismes nationaux une autorité fonctionnelle et hiérarchique sur l'ensemble des agents et des moyens affectés à la maîtrise d'ouvrage, aux développements et à l'exploitation informatiques ;*

54. *regrouper la fonction informatique sur un nombre beaucoup plus réduit de sites, en prenant en considération les perspectives démographiques et les implantations des réseaux de l'ensemble des régimes et branches ;*

55. *consolider les compétences internes, en réorientant les agents vers des tâches à plus forte valeur ajoutée grâce à une gestion prévisionnelle active des emplois et des compétences, en recrutant les profils de haut niveau nécessaires en petit nombre pour assurer en interne la complète maîtrise des projets structurants et en encadrant plus fortement le recours aux prestataires externes ;*

56. *développer les synergies entre les institutions de sécurité sociale en matière notamment d'achats informatiques, de mobilité des agents et d'utilisation des infrastructures.*

Chapitre XIII

La caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines : une survie artificielle, une suppression à organiser

PRÉSENTATION

Le régime spécial de sécurité sociale dans les mines assure la couverture sociale des risques maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse et invalidité des anciens travailleurs des entreprises minières et de leurs ayants droit.

Piloté par la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM), qui employait 5 090 agents à la fin de l'année 2015, il recouvre deux réalités distinctes : le régime minier proprement dit, qui bénéficiait en 2015 à 277 000 pensionnés et à 129 000 affiliés au titre du risque maladie, âgés de 74 ans en moyenne, et une offre de soins, les anciennes « œuvres minières », devenue accessible à l'ensemble de la population aux tarifs de l'assurance maladie - à l'exception de ses pharmacies. En 2015, les charges de prestations du régime se sont élevées à 3,3 Md€, financées essentiellement par des concours publics, et les charges de fonctionnement des structures de soins à 353 M€, pour un déficit global de 89 M€.

Dans le prolongement de l'enquête qu'elle avait menée en 2009[574]*, la Cour a souhaité, avec le concours des auditeurs du « réseau d'alerte »*[575]*, analyser les évolutions récentes du régime minier, les perspectives de l'offre de soins et leurs conséquences pour la CANSSM qui en assure la gestion.*

Si le régime a enfin été fermé à de nouveaux assurés et si la gestion de ses prestations est désormais entièrement déléguée à des organismes tiers, subsistent une caisse dont les missions d'organisme de sécurité sociale ont disparu et une dette de plus d'un milliard d'euros dont la reprise n'a été que partiellement organisée (I). La CANSSM a de fait dorénavant pour seule activité celle d'un opérateur de soins aux déficits chroniques et fortement sous-estimés (II). Il convient désormais d'en tirer toutes les conséquences en préparant sa fermeture et, à cette fin, d'organiser le reclassement de ses agents et de restructurer en profondeur son offre de soins pour assurer la pérennité des activités utiles (III).

---

[574] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009*, chapitre XV : le régime de sécurité sociale dans les mines, p. 417-436, La Documentation française, septembre 2009, disponible sur www.ccomptes.fr.

[575] Sur le fondement de l'article R. 134-4 du code des juridictions financières, avec le concours de la mission risques et audit de la direction générale des finances publiques.

I - Un régime désormais fermé et à la gestion intégralement déléguée, mais toujours déséquilibré sur un plan financier

Le régime spécial de sécurité sociale dans les mines couvre trois risques : maladie-maternité (1 102 M€ de prestations en 2015), accidents du travail et maladies professionnelles (305 M€) et vieillesse-invalidité (1 560 M€). S'y ajoutent des prestations extra-légales d'action sociale (25 M€).

Sur le fondement du décret du 27 novembre 1946, la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) gère le régime spécial, pour l'essentiel en veillant à la mise en œuvre de la couverture des risques et en assurant la gestion des œuvres et établissements sanitaires et médico-sociaux relevant d'une médecine de caisse. Toutefois, la situation a profondément évolué avec la baisse des effectifs du régime et le transfert progressif de la gestion des prestations à d'autres opérateurs.

En 2009, la Cour avait recommandé de tirer de manière plus volontariste les conséquences du recul démographique du régime, en fermant dans les meilleurs délais l'affiliation à ce dernier et en transférant de la CANSSM à la CNAMTS la gestion des prestations maladie et accidents du travail - maladies professionnelles. Ces recommandations ont été suivies d'effet, quoique tardivement pour la dernière.

Malgré l'importance des concours publics dont le régime bénéficie pour couvrir son déséquilibre structurel, des déficits récurrents ont cependant laissé s'accumuler une dette dont la reprise n'a été que tardivement et partiellement organisée.

Les particularismes du régime des mines

Les droits à pension de retraite sont ouverts à 55 ans pour une durée de cotisation de trente ans. Les pensions sont calculées sur une base forfaitaire majorée en fonction des trimestres accomplis au fond.

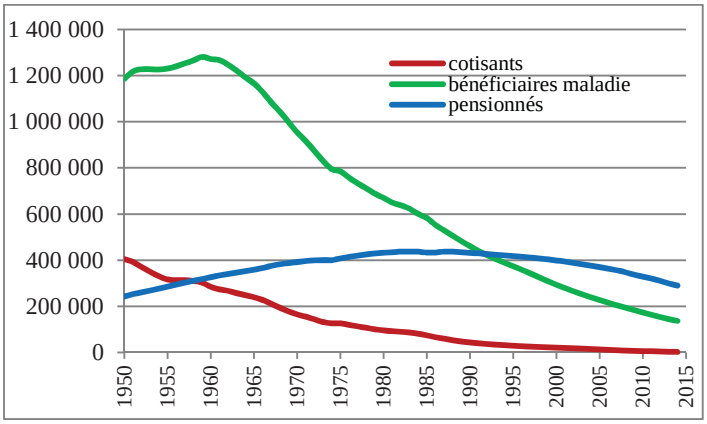
Les soins de santé sont gratuits. Jusqu'en 2005, les ressortissants du régime devaient fréquenter les œuvres sanitaires et sociales de ce dernier pour bénéficier de cette gratuité. Depuis lors, leurs soins sont remboursés à 100 % du tarif conventionnel, quel que soit le professionnel de santé fréquenté. Ce principe de gratuité des prestations en nature a été garanti par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012[576].

A - Un régime fermé depuis 2010

Fondé sur un principe d'affiliation professionnelle, le régime des mines protège les salariés des exploitations minières, ainsi que des secteurs connexes, comme les agents des organismes de sécurité sociale du régime minier[577] et les anciens mineurs devenus permanents des fédérations syndicales minières. Conséquence de la récession de cette activité dès les années 1960[578], le régime connaît un déclin démographique ancien, qui s'est récemment accéléré, qu'il s'agisse des cotisants, des retraités ou des bénéficiaires des prestations d'assurance maladie.

[576] Selon l'article L. 322-88 du code de la sécurité sociale, « les assurés et leurs ayants droit relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières et assimilées bénéficient de la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie ».
[577] Depuis 2005, les nouveaux recrutés sont en revanche affiliés au régime général.
[578] Cour des Comptes, *Rapport public annuel de 2000*, la fin des activités minières, La Documentation française, décembre 2000, disponible sur www.ccomptes.fr.

Graphique n° 52 : effectifs du régime minier (1950-2015)



Source : CANSSM et CDC-Retraite des mines.

Les cotisants actifs sont aujourd'hui moins de 2 200. Parmi eux, seuls 300 environ relèvent d'employeurs miniers au sens strict[579] et une cinquantaine sont d'anciens mineurs en congé charbonnier de fin de carrière gérés par l'agence nationale pour la garantie des droits des mineurs (ANGDM)[580]. Les salariés des structures de gestion - agents de la CANSSM et de l'ANGDM recrutés avant 2005 - constituent ainsi aujourd'hui les trois quarts des cotisants actifs.

Les 129 000 bénéficiaires des prestations maladie sont pour 74 % des retraités, pour 24 % des ayants droit et pour 2 % seulement des actifs. En 2014, ils étaient âgés de 74 ans en moyenne.

[579] Comme les mines de sel de Varangéville en Meurthe-et-Moselle ou les Ardoisières d'Angers qui comptent encore des salariés en congé de reclassement suite à leur fermeture en 2014.

[580] L'ANGDM est un établissement public créé au 1er janvier 2005 pour garantir les engagements sociaux pris envers les salariés des exploitants miniers au fur et à mesure de la disparition de ces derniers, notamment ceux des Charbonnages de France, mis en liquidation au 1er janvier 2008. Assumant les obligations de l'employeur pour les anciens salariés des Charbonnages de France encore sous contrat de travail et chargée de verser aux anciens mineurs et conjoints survivants les prestations prévues par le statut du mineur, elle est, par ailleurs, responsable de l'action sociale individuelle du régime minier depuis son transfert en 2012. Voir Cour des comptes, *Référé n° 71673 du 11 mars 2015 sur l'ANGDM*, disponible sur www.ccomptes.fr.

Les pensionnés étaient 277 000 à fin 2015[581]. Dès 2020, le flux des nouvelles pensions de droit direct deviendra insignifiant et les pensionnés de droit dérivé seront majoritaires. Selon les projections démographiques, il ne subsisterait au tournant des années 2060 qu'environ 11 000 retraités, pour l'essentiel de droit dérivé.

Mais les conséquences de ce déclin démographique n'ont été tirées que tardivement : le régime minier n'a été fermé à de nouveaux adhérents qu'au 1er septembre 2010. Ne sont plus désormais affiliés au régime que les assurés qui l'étaient avant cette date ainsi que leurs ayants droit. Les nouveaux salariés des activités relevant du code minier relèvent du régime général.

B - Une gestion des prestations désormais totalement transférée

En 2009, la Cour soulignait la nécessité de confier la gestion de la totalité des prestations de sécurité sociale à des organismes tiers mieux à même d'assurer cette mission que la CANSSM[582]. Conformément à ses recommandations, la gestion des prestations d'assurance maladie et d'accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) a, non sans difficulté, été transférée au régime général au 1er juillet 2015, dans le cadre d'un mandat de gestion donné par la CANSSM à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)[583].

Ce transfert a mis un terme à un long blocage. La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2008-2011 avait prévu un simple adossement de l'outil informatique à celui du régime général. En 2011, les pouvoirs publics ont décidé un transfert global de la gestion au régime général[584] d'ici à fin 2013 au plus tard. Compte tenu des oppositions qu'elle a suscitées, cette décision a fait l'objet d'un « moratoire » en août 2012. Une concertation menée en 2013 a débouché sur la mise en place d'une délégation de gestion au régime général au 1er juillet 2015.

---

[581] L'écart entre le nombre de pensionnés miniers et celui des bénéficiaires au titre de la maladie s'explique notamment par la présence de nombreux affiliés polypensionnés qui perçoivent une pension au titre d'une activité minière passée, mais qui relèvent d'un autre régime pour la couverture de leurs dépenses de santé.

[582] La gestion des prestations familiales a été transférée aux caisses d'allocations familiales entre 1992 et 2002, celle des prestations vieillesse-invalidité a été confiée à la Caisse des dépôts et consignations en 2005 et celle de l'action sanitaire et sociale a été attribuée à l'agence nationale pour la garantie des droits des mineurs en 2012 (sur cette structure, voir référé n° RF 71673 du 11 mars 2015).

[583] Les prestations maladie et AT-MP des ressortissants du régime minier sont ainsi gérées par les caisses primaires d'assurance maladie de l'Artois et de Moselle.

[584] Décret du 30 août 2011.

Les 119 agents en charge de ces activités ont rejoint le site de la CPAM la plus proche de leur lieu de résidence. En revanche, ceux en charge des fonctions support sont restés employés par la CANSSM.

Le transfert à la CNAMTS de la gestion des prestations maladie et AT-MP au 1er juillet 2015 clôt ainsi un processus à l'issue duquel la CANSSM subsiste en tant qu'organisme de sécurité sociale, mais n'en exerce plus aucune des missions essentielles.

C - Un endettement important financé à court terme

Compte tenu de la situation démographique du régime minier, les cotisations sociales ne représentent plus qu'une part insignifiante des produits (inférieure à 2 %), l'essentiel des recettes provenant de transferts de l'État et du régime général. Malgré ces apports externes massifs, le régime connaît des déficits récurrents au titre de l'ensemble de ses activités. Avec 57 % des déficits cumulés de 2008 à 2015 (497,8 M€ sur un total de 880,4 M€), la branche maladie constitue la principale source de déséquilibre. Y contribuent également les œuvres et établissements (246,7 M€ des déficits cumulés 2008-2015, soit 28 % du total) et la branche vieillesse (96,6 M€, soit 11 %).

Tableau n° 85 : soldes annuels du régime minier (2008-2015)

En M€

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Branches	-54,3	-58,4	-117,0	-154,8	-0,1	-117,3	-78,6	-64,2
Maladie	*-113,9*	*-36,6*	*-31,6*	*-64,5*	*-32,2*	*-98,2*	*-62,6*	*-58,1*
AT-MP	*-54,0*	*7,3*	*0,3*	*-1,4*	*-1,1*	*-0,6*	*-0,6*	*-0,5*
Vieillesse	*113,6*	*-29,1*	*-85,8*	*-88,9*	*33,2*	*-18,5*	*-15,4*	*-5,7*
Œuvres et établissements	-27,6	-17,9	-24,4	-31,4	-37,7	-36,2	-33,5	-38,1
Gestions spécifiques[585]	0,1	-0,1	0,0	0,0	-1,1	-1,0	0,0	13,2
Résultat de l'exercice	-81,7	-76,3	-141,4	-186,2	-39,0	-154,5	-112,1	-89,1

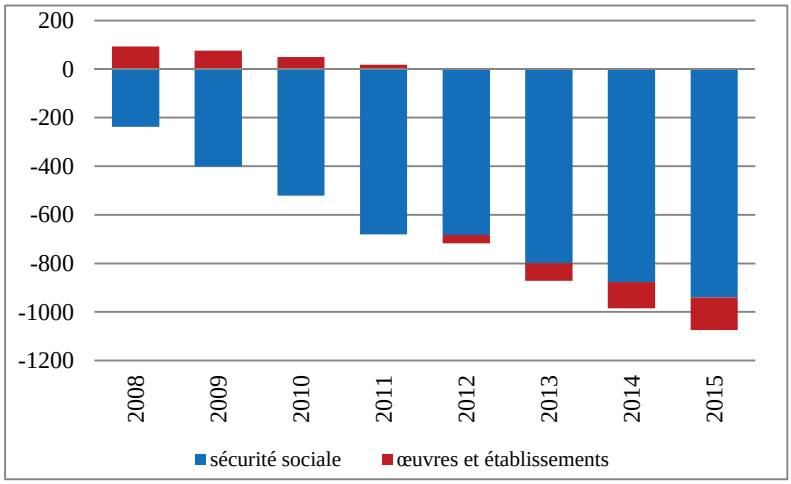
Source : comptes sociaux de la CANSSM, après neutralisation des mouvements réciproques entre branches et établissements et œuvres.

[585] Le solde 2015 comprend un produit exceptionnel lié à la vente du centre de vacances de Menton (13,2 M€).

Comme le montre le graphique ci-après, le montant cumulé des déficits approchait 1,1 Md€ à fin 2015, contre 0,1 Md€ à fin 2008. La dette ainsi engendrée provient majoritairement des prestations de sécurité sociale. Cependant, les œuvres et établissements en représentent une part croissante depuis 2012 avec la disparition des excédents dégagés antérieurement par les pharmacies (voir *infra*).

Graphique n° 53 : déficits cumulés du régime minier (2008-2015)

En M€



Source : comptes de la CANSSM.

Ces déficits ont fait l'objet d'un transfert partiel, mais restent dans leur totalité financés à court terme en l'absence de dispositif d'amortissement de la dette qui en résulte.

1 - Un transfert des déficits et des dettes de la branche maladie au régime général

La branche maladie du régime minier connaît un déficit structurel en raison d'un recul des charges nettement moins rapide que le déclin démographique des affiliés : alors que le nombre des bénéficiaires diminue en moyenne de 4,5 % par an, les charges de prestations ne baissent qu'au rythme de 1 %, la consommation de soins augmentant avec l'âge.

Avant 2015, elle bénéficiait d'une compensation bilatérale du régime général. Conçu pour compenser les disparités de situation démographique entre régimes, ce dispositif laissait subsister un déficit important, les surcoûts liés à la prise en charge intégrale des soins n'étant pas couverts.

En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 32), la branche maladie du régime général assure désormais l'équilibre financier de celle du régime minier, comme de l'ensemble des autres régimes d'assurance maladie de base.

La loi n'a cependant pas précisé si la subvention d'équilibre du régime général porte sur la seule branche maladie ou si elle s'étend aux œuvres et établissements. Il importe à cet égard que les textes d'application ne conduisent pas à couvrir le déficit de ces structures par cette subvention, dès lors que les pouvoirs publics ont par ailleurs fixé des objectifs de redressement financier de l'activité de soins (voir *infra*).

L'intégration financière de la branche maladie du régime minier à celle du régime général s'accompagne d'un transfert à la CNAMTS des déficits cumulés à fin 2015. Les pouvoirs publics en évaluent le montant à 656 M€ en prenant en compte, non seulement les déficits cumulés de la branche maladie au sens strict, mais aussi ceux des œuvres et établissements. Ce faisant, la CNAMTS assurera de fait la recapitalisation des établissements et œuvres de la caisse des mines dans des conditions peu transparentes. Ce transfert vient en tout état de cause augmenter les dettes de la branche maladie financées à court terme par l'ACOSS en l'absence de dispositif de transfert de ces dernières à la CADES[586] pour en assurer l'amortissement.

2 - Des déficits chroniques de la branche vieillesse sans perspective d'amortissement

Malgré un recul des charges de pensions de 14 % entre 2008 et 2015, la subvention de l'État a augmenté de 68 % sur la même période pour atteindre 1 343 M€ en 2015, sous l'effet de la suppression de la compensation démographique spécifique aux régimes spéciaux (2012) et du tarissement des recettes de cession du patrimoine immobilier.

[586] Voir le chapitre I du présent rapport : la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un déficit en 2015 moindre que prévu, mais toujours élevé, une trajectoire de retour à l'équilibre incertaine.

La cession du patrimoine immobilier

Entre 1927 et 1948, la CANSSM a constitué un patrimoine immobilier de rapport au titre d'un fonds de garantie pour le paiement des retraites minières. Ces dernières, instaurées par la loi du 29 juin 1894, étaient initialement gérées dans le cadre d'un système par capitalisation. Malgré leur transformation en retraite par répartition en 1946, ce patrimoine a été conservé.

En 2006, un plan de valorisation du patrimoine a donné lieu à la cession progressive de l'intégralité des 121 immeubles de rapport de Paris et sa petite couronne entre 2007 et 2014. La vente de ces biens a rapporté 900 M€. Ses produits ont été affectés à la branche vieillesse du régime minier. La CANSSM possède encore un bien de grande qualité, son siège, situé avenue de Ségur à Paris, pour partie inutilisé, sans que tous les espaces disponibles puissent être mis en location, compte tenu des travaux à réaliser.

Aux cessions du patrimoine parisien, s'ajoutent celles effectuées par les caisses régionales de sécurité sociale dans les mines (CARMI), initiées plus tardivement à partir de 2010, pour des montants plus faibles. Elles représentent un produit cumulé de 17,6 M€ de 2011 à 2014, avec un pic de 12 M€ en 2012. Le patrimoine résiduel est pour l'essentiel constitué de biens de valeur modeste et à la cession peu aisée du fait de leur état et de leur implantation.

Les modalités de détermination de la subvention de l'État entretiennent un déficit récurrent de la branche vieillesse. En effet, cette subvention, qui n'est pas juridiquement une subvention d'équilibre, contrairement à celles versées aux régimes spéciaux de la SNCF et de la RATP, est arrêtée en fonction du besoin de financement prévisionnel de la branche, sans réajustement au vu de son niveau réel.

Pour financer la dette liée aux déficits cumulés de sa branche vieillesse (418 M€ à fin 2015), la CANSSM mobilise des avances et des prêts à court terme auprès de la Caisse des dépôts et consignations, de l'ACOSS mais aussi de banques commerciales, dans le cadre de l'autorisation annuelle de recours à des ressources non permanentes fixée par les lois de financement de la sécurité sociale[587].

[587] Le plafond de cette autorisation a été porté de 200 M€ en 2007 à 1 050 M€ à fin janvier 2016, avant d'être ramené à 350 M€ pour 2016 à la suite du transfert à la CNAMTS de la dette de la branche maladie du régime minier.

Ces modalités de financement sont inadaptées au caractère permanent des charges à couvrir. Eu égard aux perspectives démographiques du régime et dès lors que les produits à attendre de nouvelles cessions immobilières sont désormais très limités, il convient ainsi que la subvention de l'État soit transformée en une véritable subvention d'équilibre pour éviter la récurrence de déficits et que les dettes de la branche vieillesse soient transférées à la CADES pour en assurer l'amortissement.

II - Une caisse devenue un simple opérateur de soins au déficit fortement sous-estimé

Compte tenu du transfert complet de la gestion des prestations de sécurité sociale à d'autres opérateurs, la CANSSM n'exerce plus les activités qui fondent la qualité d'organisme de sécurité sociale. Elle n'a désormais pour seule mission propre que la gestion d'une offre de soins héritée de la médecine de caisse, que les pouvoirs publics ont tenté de pérenniser en l'ouvrant aux ressortissants d'autres régimes, dans une démarché néanmoins trop hésitante pour être pleinement efficace.

Des orientations stratégiques révisées en profondeur à plusieurs reprises

Pour répondre aux déficits chroniques des œuvres, les trois dernières conventions d'objectifs et de gestion de la CANSSM avec l'État ont retenu des stratégies différentes, ce qui illustre les hésitations des pouvoirs publics et la résistance des acteurs aux changements proposés.

La COG 2008-2011 prévoyait de confier la gestion des établissements et services à des associations de gestion afin d'en moderniser et professionnaliser la gestion, et de recentrer les caisses locales sur la gestion des seules œuvres ambulatoires. Ce projet n'a pas été mené à son terme en raison de l'opposition des principales caisses régionales du régime, qui estimaient que la gestion dans un cadre associatif ne garantissait pas la pérennité des activités de soins déficitaires, ni le maintien des emplois des personnels transférés.

La COG 2012-2013 avait pour objet, dans le prolongement des décisions arrêtées par les pouvoirs publics en 2011, d'organiser le transfert au 31 décembre 2013 de l'ensemble des établissements et œuvres ambulatoires et de leur personnel aux Unions de gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM), qui gèrent l'offre de soins de la CNAMTS. Contestée par les fédérations minières, qui représentent à la fois les affiliés du régime et le personnel de la CANSSM et par les élus des territoires dans lesquels l'offre de soins est implantée, cette réforme a été ajournée à son tour en août 2012 et les dispositions concernées abrogées en mars 2013.

Dans le cadre de la COG 2014-2017, les projets de transferts sont abandonnés et la CANSSM doit désormais moderniser et rénover son offre de soins dont elle garde la gestion « dans une logique de territoires, de santé publique et de performance économique ». Dans cette perspective, le déficit des centres de santé doit être réduit de 60 % par rapport à 2012, celui des établissements de santé de 80 %, des objectifs spécifiques étant fixés à l'hôpital de Freyming-Merlebach et à la clinique Sainte-Barbe de Carmaux. Les activités dites commerciales, principalement les pharmacies, laboratoires et services de transport, doivent avoir atteint l'équilibre à fin 2015 ou fermer.

Malgré les efforts entrepris, l'offre de soins de la CANSSM reste lourdement déficitaire. De surcroît, le niveau de son déficit est fortement sous-estimé.

A - Une offre importante de soins de proximité aujourd'hui ouverte à tous

1 - Des structures nombreuses

La CANSSM gère une offre de soins importante, comprenant pas moins de 264 structures, administrée directement par ses services territoriaux, les CARMI, que détaille le tableau ci-après.

Tableau n° 86 : offre de soins de la CANSSM (fin 2015)

	Ventilation par service territorial au 31 décembre 2015						Total
	Nord	Est	Sud-Est	Centre-Est	Centre-Ouest	Sud-Ouest	
Centres de santé	62	49	14	16	2	7	150
Œuvres commerciales	41	4	7	10	2	3	67
Établissements sanitaires	7	6	2			1	16
Établissements médico-sociaux	9	1		2			13
Services médico-sociaux	3	6	4	3		2	18
Total	**122**	**66**	**27**	**31**	**4**	**14**	**264**

Source : CANSSM.

Les 150 centres de santé dispensent des consultations de médecine générale et spécialisée et des soins infirmiers et dentaires.

La contribution des centres de santé à l'offre de soins

Les centres de santé miniers ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires et mettent en œuvre le tiers payant. Leurs principales zones d'implantation présentent une situation de santé défavorable et de forts indices de précarité. L'essentiel des points de consultation se situe dans des zones où la densité médicale est inférieure à la moyenne régionale.

Les œuvres « commerciales » comprennent en majorité des pharmacies, quelques magasins d'optique et laboratoires de prothèses dentaires, d'analyses médicales et des services de transports sanitaires. Les établissements sanitaires se consacrent généralement aux soins de suite et de réadaptation. Les établissements médico-sociaux hébergent des personnes âgées ou correspondent à des foyers-logements. Dix-huit services contribuent au maintien à domicile.

Par ailleurs, la CANSSM est partie prenante de six associations gérant pour l'essentiel des établissements qui appartenaient aux houillères de bassin jusque dans les années 1970. La principale est l'Association hospitalière Nord Artois cliniques (AHNAC), troisième offreur de soins du Nord-Pas-de-Calais (quatre cliniques et 3 200 salariés).

Cette offre de soins est concentrée dans l'ancien bassin houiller du Nord-Pas-de-Calais, et à l'Est, dans les bassins ferrifère et houiller de la Moselle et l'ancien bassin potassique du Haut-Rhin. Des centres de santé et des services d'aide à la personne sont ponctuellement présents dans d'autres anciens territoires miniers (Montceau-les-Mines, Alès, Gardanne, La Mure et Carmaux notamment).

2 - Des structures devenues accessibles à l'ensemble de la population

La réforme du régime minier de 2004 a ouvert à tous les assurés sociaux les œuvres de ce dernier (centres de santé, transports, laboratoires), à l'exception des pharmacies, à partir du 1er juillet 2005. Depuis lors, la patientèle des centres de santé s'est fortement élargie. En moyenne, en 2014, 43 % des patients en médecine générale et 17 % en soins infirmiers relevaient d'autres régimes. Les centres de médecine spécialisée présentent des taux d'ouverture élevés (plus de 30 % pour la cardiologie et environ 70 % pour la gynécologie). Néanmoins, les ressortissants des autres régimes ne sont à l'origine que de 27 % des actes de médecine générale et de 10 % des actes infirmiers, compte tenu d'une moindre consommation de soins.

L'impasse des pharmacies minières

Le réseau des pharmacies minières (50 officines fin 2015), principalement dans le Nord-Pas-de-Calais, emploie 240 personnes, dont une centaine de pharmaciens.

Principal pourvoyeur d'excédents au sein du réseau d'œuvres ambulatoires, les pharmacies minières ont longtemps été protégées par un monopole pour la délivrance de médicaments aux affiliés miniers. La réforme du régime de 2011 y a mis un terme et a autorisé les affiliés de ce dernier à recourir librement à d'autres officines, sans permettre pour autant en contrepartie aux pharmacies minières de fournir les assurés du régime général, contrairement à la recommandation en ce sens de la Cour en 2009. Cette décision a aggravé leur situation économique déjà affaiblie par le recul démographique : alors que leurs bénéfices atteignaient 15,7 M€ en 2008, ils ne se montaient plus qu'à 2,7 M€ en 2015, alors même que les pharmacies minières sont subventionnées à hauteur de 1,5 M€ par l'action sociale du régime au titre du portage à domicile des médicaments. En 2016, les pharmacies pourraient dégager un déficit.

Une démarche d'ouverture « raisonnée » a été menée à bien dans trois pharmacies. Elles sont autorisées à recevoir les patients de tous les régimes de sécurité sociale, dès lors que la prescription provient d'un praticien exerçant dans un centre de santé minier. Ces officines dégagent néanmoins des déficits. Les assurés des autres régimes représentent moins de 10 % de leur chiffre d'affaires et ne permettent pas de compenser la chute du chiffre d'affaires liée au choix des ressortissants du régime minier de s'adresser à d'autres officines.

L'ouverture à l'ensemble de la population des établissements et services du régime minier est beaucoup plus ancienne, en raison d'un enjeu économique identifié plus tôt et, pour les établissements, de la contrainte juridique liée au statut hospitalier. Leur degré d'ouverture est hétérogène : fort pour les établissements de court séjour (de 40 % à 75 %), mais disparate pour les services de soins infirmiers à domicile (de 9 % à 100 %).

B - Des déficits en lente réduction et fortement sous-estimés

1 - Une démarche de réduction graduelle des déficits

Depuis 2012, le solde financier de l'offre de soins s'est légèrement redressé sous l'effet de mouvement de sens opposés entre une forte amélioration pour les centres de santé, un progrès plus modéré pour les établissements et, à l'inverse, une disparition de l'excédent des « œuvres commerciales » liée à la situation particulière des pharmacies.

Tableau n° 87 : résultats des œuvres et établissements (2012-2016)

En M€

	2012	2013	2014	2015	2016p
Centres de santé	**-30,9**	**-26,3**	**-21,6**	**-23,8**	**-19,1**
Variation par rapport à 2012	-	-15 %	-30 %	-23 %	-38 %
Œuvres commerciales	**10,1**	**7,3**	**3,4**	**2,9**	**1,7**
Dont pharmacies	*9,2*	*7,1*	*4,4*	*3,0*	*-1,3*
Variation par rapport à 2012	-	-28 %	-66 %	-71 %	-83 %
Établissements	**-19,7**	**-17,4**	**-17,6**	**-16,8**	**-14,6**
Dont Hôpital de Freyming-Merlebach	*-12,2*	*-9,5*	*-10,9*	*-11,1*	*-10,6*
Variation par rapport à 2012	-	-12 %	-11 %	-15 %	-26 %
Services médico-sociaux	**0,1**	**-0,9**	**-1,0**	**0,0**	**-0,6**
Variation par rapport à 2012	-	-95 %	-95 %	-100 %	-97 %
Résultat total des établissements et œuvres	**-40,4**	**-37,4**	**-36,8**	**-37,8**	**-32,7**
Variation par rapport à 2012	-	-7 %	-9 %	-6 %	-19 %

Source : CANSSM – résultats avant neutralisation des mouvements réciproques entre branches et établissements et œuvres.

Pour les centres de santé, la stratégie mise en œuvre consiste à optimiser l'activité, à diminuer les frais de personnel et à regrouper les centres afin de réduire les frais de structure inhérents à la dispersion des points de consultation. Si leur déficit s'est réduit de 23 % entre 2012 et 2015, l'élargissement de leur patientèle demeure un enjeu important. Alors qu'un affilié du régime minier génère en moyenne 7,8 actes par an, un assuré du régime général n'en suscite que 3,8. Or, malgré des horaires d'ouverture plus importants, leur activité par médecin a baissé de 9 % depuis 2009. Si l'activité infirmière a augmenté globalement de 21 % depuis cette même année, sous l'effet notamment d'une amélioration de son organisation et de la cotation des actes, la patientèle vieillit sans guère de renouvellement.

Les établissements sanitaires font face à des déficits persistants. L'hôpital de Freyming-Merlebach et la polyclinique Sainte-Barbe de Carmaux dégageaient ainsi des déficits massifs en 2012. Des démarches de redressement ont fini cependant par être engagées. Ainsi, l'hôpital de Freyming-Merlebach s'est reconverti en 2014 en un établissement de soins de suite et de réadaptation. La polyclinique Sainte-Barbe de Carmaux a concentré son activité de médecine sur la gériatrie et a interrompu celle de chirurgie ambulatoire. Cette démarche récente de retour à l'équilibre, témoigne des efforts de la caisse. Mais elle s'avère trop tardive et limitée pour que les objectifs de redressement fixés par la COG à horizon 2017 puissent être tenus.

Des créances non provisionnées

La CANSSM a accordé par le passé des prêts et avances à des associations de gestion de structures hospitalières dont elle est ou a été partie prenante (36 M€ en 2015). En grande difficulté, ces associations remboursent cette dette dans le cadre de protocoles d'apurement dont les échéances sont régulièrement retardées. Le risque de défaillance de ces débiteurs n'est pas provisionné dans les comptes de la caisse.

S'agissant des activités commerciales - pharmacies, services de transports, laboratoires de prothèses dentaires et magasins d'optique -, la COG a prévu qu'elles ne pourraient subsister que si elles avaient retrouvé leur équilibre économique fin 2015. Devant les déficits générés par l'ensemble de ces activités à l'exception de la plupart des magasins d'optique, la CANSSM s'engage dans leur fermeture progressive. Ces activités mobilisent en 2016 plus de 400 personnes, dont 118 pharmaciens. Si la caisse a jusqu'ici fait face aux fins d'activité déjà intervenues par une politique de reclassements internes et en tirant profit des départs en retraite, les restructurations en cours, d'une tout autre ampleur, nécessitent la mise en place de passerelles vers d'autres organismes de sécurité sociale et d'autres opérateurs de santé.

2 - Un déséquilibre fortement sous-estimé

La trajectoire de redressement apparaît à ce stade trop lente, malgré les efforts entrepris, pour permettre d'atteindre les objectifs pour 2017 de la COG en vigueur en termes de réduction des déficits. Ces objectifs ont été au demeurant fixés sur une base faussée. La présentation des comptes de la CANSSM minore en effet l'ampleur des déficits du

réseau de soins, en ne faisant pas apparaître dans toute leur ampleur ses charges d'exploitation. De fait, ce dernier bénéficie d'une subvention implicite des branches de prestations, qui conduit à masquer l'importance réelle de son déséquilibre structurel.

Comme la Cour l'avait relevé en 2009, la contribution des CARMI et du siège national à l'activité d'offreur de soins n'est que très incomplètement valorisée et retracée dans les comptes des établissements et œuvres. Alors que cette activité est le seul métier de la CANSSM depuis le 1er juillet 2015, les frais de gestion administrative de cette dernière ne sont répercutés que pour 12 % d'entre eux sur le budget des établissements et œuvres ; 88 % sont portés par les branches de prestations.

En effet, les « frais de siège » qui devraient être imputés au budget des établissements et œuvres ne sont pas connus de la caisse en raison non seulement des insuffisances de sa comptabilité analytique, mais aussi de la volonté de ne pas faire supporter aux structures de soins les coûts liés à une réduction insuffisante des effectifs des services support au regard de la disparition des activités de gestion de prestations sociales et de la contraction de l'organisation administrative.

À la suite du transfert aux CPAM de la gestion des prestations maladie et AT-MP, les services support ont désormais pour seule finalité de concourir aux activités de soins. Si les 49,4 M€ de frais de structure de la caisse étaient affectés en totalité aux établissements et œuvres, ces derniers ne dégageraient pas une perte correspondant à 11 % de leurs charges, comme l'indiquent les comptes 2015, mais à 25 % de ces dernières. Ils contribueraient ainsi à hauteur de 98 % au déficit global du régime, soit 87,5 M€ sur 89,1 M€ en 2015, et non de 43 % (soit 38,1 M€) comme affiché.

C - Un retour à l'équilibre hors d'atteinte en l'état

Au regard de l'ampleur réelle du déficit, le retour à un équilibre véritable semble rendu impossible, en l'état, par les faiblesses persistantes de l'organisation des activités elles-mêmes et, plus encore, par des niveaux élevés de rémunération et la présence de sureffectifs de personnel administratif et technique.

1 - Une réorganisation encore insuffisante des activités de soins

L'offre de soins est pilotée en fonction d'informations lacunaires. La Cour avait noté en 2009 que la CANSSM devait se doter d'un appareil statistique fiable exploitable directement au niveau du siège national. Ces outils, annoncés depuis la COG 2008-2011, soit demeurent en construction, soit ne sont pas utilisés.

Les établissements hospitaliers et médico-sociaux ont une taille disparate. Leur direction est souvent assurée à distance par les CARMI dans des conditions insatisfaisantes. La concentration de nombreuses décisions de gestion courante au siège de la caisse ne permet pas la réactivité attendue par les agences régionales de santé dans la gestion des projets.

S'agissant des centres de santé, une stratégie médicale nationale a été formalisée, mais elle ne se traduit pas encore dans les pratiques, faute d'instances d'animation de la communauté médicale. Ils présentent en tout état de cause d'importantes faiblesses d'organisation, qui nuisent à leur attractivité et à la qualité de la prise en charge des patients. Les pratiques de travail en équipe étaient jugées, fin 2015 à l'occasion de l'évaluation de l'impact du nouvel accord national entre l'assurance maladie et les centres de santé entré en vigueur le 1er octobre 2015, faibles et non formalisées quand elles existaient. L'étroitesse des équipes d'intervenants ne permet pas de les doter d'un responsable chargé de leur animation. Les horaires d'ouverture sont inadaptés aux besoins d'une patientèle active et en décalage avec les exigences de l'assurance maladie (notamment les obligations d'amplitude quotidienne de huit heures et d'ouverture le samedi matin). L'adressage de patients entre centres de santé et établissements de la CANSSM, malgré la tentative de les organiser en une filière intégrée dénommée « Filieris » (hospitalisation à domicile, par exemple), n'est pas généralisé.

La qualité de l'offre de soins

En 2010, l'Inspection générale des affaires sociales[588] relevait que les centres de santé offraient des soins d'une qualité incertaine et que leur contribution à l'offre de soins devait être relativisée, du fait de leur faible attractivité. L'offre du régime minier en matière d'établissements sanitaires et médico-sociaux apparaissait plus satisfaisante du point de vue de la qualité des soins et de l'insertion dans le tissu local.

[588] Inspection générale des affaires sociales, *L'offre de soins du régime minier*, novembre 2010.

Les plans de modernisation des centres de santé décidés en 2015 ont pour ambition affichée de traiter l'ensemble de ces faiblesses. À ce titre, les points de consultation sont notamment en cours de regroupement afin d'améliorer la continuité des soins, de favoriser les pratiques d'équipe et de réduire les coûts de structure. Les regroupements programmés étaient néanmoins insuffisants au regard des exigences posées par l'accord national des centres de santé de juillet 2015 dont la CANSSM est l'un des signataires. Des regroupements complémentaires ont ainsi dû être mis en œuvre.

2 - Des coûts salariaux très élevés

Les personnels paramédicaux (1 616 agents fin 2015) et les personnels administratifs et techniques, cadres et non cadres, des structures de soins et des services support (1 683 agents) bénéficient de rémunérations plus élevées que celles généralement pratiquées dans le secteur à but non lucratif.

Les conventions collectives minières présentent de fait un différentiel de coût avec la convention collective de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), qui régit le secteur privé à but non lucratif, variant entre 8 et 22 % selon les métiers, et avec les rémunérations de la fonction publique hospitalière, de l'ordre de 1 à 25 % selon les professions.

Pour tous les nouveaux embauchés depuis 2007, les conventions collectives minières des cadres et non-cadres sont certes alignées[589], en matière de rémunérations, sur les conventions collectives du régime général de sécurité sociale. Cependant, cette référence salariale présente elle aussi un important différentiel de coûts par rapport à la convention collective gérée par la FEHAP. Ce surcoût pourrait notamment pénaliser les établissements de la caisse spécialisés en soins de suite et de réadaptation à l'occasion du passage à une tarification à l'activité en 2017.

[589] Ces conventions sont adossées partiellement à la convention de l'UCANSS depuis 2007. La référence de classification et de rémunération des personnels est celle de l'UCANSS à l'exception de cinq dispositions qui restent fixées par la convention minière (discipline, retraite complémentaire et prévoyance, arrêts de travail en cas de maladie, RTT et droit syndical). L'ensemble des personnels paramédicaux relève de la convention des non cadres.

Par ailleurs, les modalités de rémunération des médecins généralistes des centres de santé, telles qu'issues de la convention collective de 2009, pèsent fortement sur l'équilibre financier de ces derniers. La mise en place d'un intéressement en 2011 a eu en particulier des effets inflationnistes sur leur masse salariale, qui a augmenté de 22 % en deux ans, dans un contexte d'avantages statutaires déjà importants (prime de logement, « frais de voiture » sans réel contrôle). Si la COG 2014-2017 invite à réviser les modalités de rémunération des médecins des centres de santé, dont le salaire brut moyen s'élève à 105 000 €[590], aucune négociation n'a cependant encore été engagée par la caisse.

Le redressement économique des centres de santé reste étroitement lié au niveau de leurs charges de personnel, et en particulier de ses deux déterminants, les coûts salariaux et les effectifs de personnels non soignants qui ne génèrent pas directement de produits d'activité. Or, si la CANSSM est parvenue[591] à diminuer de 10 % la masse salariale des centres de santé de 2012 à 2014, cette dernière continue à absorber la totalité des produits qu'ils génèrent, ce qui témoigne de la fragilité de leur modèle économique.

3 - Des personnels administratifs et techniques trop nombreux

Avant 2007, le régime était organisé en trois échelons : les sociétés de secours minières, les unions régionales de sociétés de secours minières et la caisse autonome nationale. En 2007, sept caisses autonomes régionales de sécurité sociale dans les mines (CARMI) ont été créées par fusion des 22 organismes locaux préexistants. En 2009, la Cour avait recommandé de poursuivre ces réorganisations. En 2011, les CARMI ont perdu leur personnalité juridique pour devenir autant de services territoriaux de la caisse nationale ; leurs conseils d'administration ont toutefois été maintenus avec un rôle consultatif pour la gestion de l'offre de soins. En 2016, les CARMI ont été fusionnées en trois directions territoriales.

[590] Données 2014.

[591] Ce résultat a été obtenu notamment par une réorganisation des centres permettant de ne pas remplacer les personnels administratifs et techniques partant en retraite ou en pré-retraite.

Les réorganisations successives des structures territoriales et de l'offre de soins ont facilité une décroissance progressive des effectifs. Ce mouvement laisse néanmoins subsister un nombre très élevé de personnels administratifs et techniques (1 700 agents au total sur les 5 090, soit 33 %), tant au sein des CARMI que dans certaines structures de soins.

Ainsi, si les services support représentent globalement 10 % des ETP de la caisse (soit 524 ETP fin 2015), ils atteignent 33 % pour la CARMI Centre-Ouest. Les sureffectifs ne sont cependant pas limités aux CARMI. Le principal établissement de soins, l'hôpital de Freyming-Merlebach, est ainsi pénalisé par ses sureffectifs (d'un coût de 4 M€) qui concourent à un déficit représentant près d'un tiers du déficit global de l'offre de soins (11,1 M€ sur 37,8 M€ en 2015).

Les sureffectifs de l'hôpital de Freyming-Merlebach

Les sureffectifs de l'hôpital de Freyming-Merlebach ont été estimés à 150 ETP en 2015. À l'horizon 2017, au terme de la recomposition des activités et après mise en œuvre de mesures de redéploiement vers d'autres services de la CARMI et départs en retraite, les sureffectifs sont encore estimés à 88 ETP par la CANSSM.

Des mesures ont été prises pour favoriser la mobilité professionnelle des agents. Cependant, le dispositif d'accompagnement individuel n'a pas eu le succès escompté. Seuls trois salariés faisaient l'objet d'un tel suivi fin 2015.

Transformée en simple gestionnaire d'une offre de soins très diverse, pour l'essentiel ouverte à tous, et beaucoup plus fortement déficitaire qu'affiché, la caisse nationale n'est en réalité plus une institution de sécurité sociale. Entravée par le poids du passé, elle n'apparaît pas en mesure à ce stade, au vu de la trajectoire des deux premières années de la COG 2014-2017, de respecter, malgré les efforts entrepris, les impératifs de redressement financier qui lui ont été fixés. Le déficit de son réseau de soins, fortement sous-estimé, appelle des restructurations beaucoup plus lourdes pour renforcer son efficience et garantir sa viabilité là où son apport le justifie. Encore faut-il pour cela la mettre en situation de sortir de la forme d'impasse institutionnelle dans laquelle elle est enfermée.

III - Organiser la fermeture de la caisse des mines

Dès lors que les droits des assurés du régime minier et de leurs ayants droits sont garantis par la loi, que le versement de l'ensemble des prestations est désormais intégralement assuré par des entités autres que la CANSSM et que le financement du régime repose pour l'essentiel sur l'État, s'agissant du risque vieillesse, et sur le régime général pour les autres risques, il convient d'en tirer toutes les conséquences organisationnelles. À ce titre, il importe d'arrêter le principe d'une suppression de la caisse des mines à un horizon rapproché afin d'engager rapidement le transfert des personnels vers d'autres acteurs de la sphère sociale et de procéder à une réorganisation de l'offre de soins suffisamment poussée pour en assurer la pérennité, là où cela se justifie, sans les lourdeurs liées aux modes de pilotage et de gestion inadaptés d'une caisse de sécurité sociale.

A - Préparer la suppression de la caisse des mines à terme rapproché

La fixation d'un objectif de fermeture rapide de la CANSSM apparaît nécessaire pour lever le principal obstacle à la mobilité de son personnel. Tant que cet organisme continuera à porter directement des contrats de travail de personnels relevant de conventions collectives à référence minière, la construction de perspectives d'avenir pour le personnel et la transformation de l'offre de soins resteront entravées.

La fermeture de la caisse appellera nécessairement une période de transition. Elle devrait être d'une durée suffisante pour permettre la mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des agents et pour organiser le transfert de la partie viable de l'offre de soins. Son terme devrait néanmoins rester suffisamment rapproché pour éviter toute gestion attentiste et au fil de l'eau. Une période de transition de l'ordre de trois ans pourrait ainsi être retenue à l'achèvement de la COG en cours.

Au cours de cette période, la priorité devrait être d'organiser le transfert des personnels vers d'autres acteurs de la sphère sociale, en tenant compte des perspectives démographiques des agents de la caisse et des considérations statutaires.

Cette politique active de reclassement permettrait d'achever la réorganisation de l'offre de soins, en consolidant les structures à même de s'inscrire dans une logique d'externalisation auprès d'autres opérateurs comme la Cour l'avait recommandé en 2009.

Par ailleurs, la politique de cession de biens immobiliers dans les échelons régionaux aurait vocation à se poursuivre jusqu'à la cession du siège parisien de la caisse, dernier actif important.

Parallèlement, le dispositif en vigueur de délégations de gestion à la Caisse des dépôts et consignations d'une part pour la branche vieillesse, et à la CNAMTS d'autre part pour les branches maladie et AT-MP, devrait être remplacé par un transfert à titre définitif à ces institutions. Comme déjà souligné, ce transfert n'affecterait en rien les droits des assurés sociaux.

Au terme de ces différentes étapes, la CANSSM serait supprimée.

B - Transférer la gestion des personnels à d'autres acteurs

1 - Utiliser les possibilités de départ offertes par la pyramide des âges

Fin 2015, plus d'un quart des agents (1 402 agents) avaient plus de 55 ans (27,5 % du personnel), dont 137 dans les fonctions support (26 %) et 126 dans les œuvres commerciales dont l'activité se contracte (pharmacies, laboratoires et services de transport, soit 31 %). La moitié du personnel avait plus de 50 ans (2 532 agents), proportion que l'on retrouve pour les fonctions support (254 agents) et qui est supérieure pour les œuvres commerciales précitées (59 %, 241 agents).

Un départ anticipé dès 55 ans est possible pour les agents relevant des conventions collectives à référence minière. 60 % des 1 799 agents qui en relèvent avaient plus de 50 ans fin 2015, soit 1 083 agents.

Pour les ressortissants des autres conventions collectives qui n'offrent pas cette possibilité de départ anticipé, la proportion des plus de 50 ans est également élevée (69 %, soit 364 agents pour les agents sous conventions collectives médicales de la caisse et 56 %, soit 705 personnes pour ceux relevant des conventions des aides à domicile propres à la caisse).

2 - Créer des perspectives professionnelles pour les agents

Un tiers des agents de la CANSSM relève fin 2015 de la convention collective à référence salariale du régime général (1 707 CDI). Pour ces agents, la question des conventions collectives ne constituerait donc pas un préalable à une évolution du statut des structures qui les emploient ou à des transferts individuels vers d'autres employeurs relevant de ce cadre conventionnel.

Les contraintes sont plus fortes pour les agents relevant des conventions collectives à référence minière en raison des avantages qui s'y attachent, dont certains à caractère viager. Au total, 712 agents de moins de 50 ans relèvent de ces conventions collectives. Une partie d'entre eux exerce des fonctions support (70 agents), où les sureffectifs sont les plus importants.

Des avantages sociaux qui freinent la mobilité des personnels

Bien qu'ils ne concernent qu'un nombre limité de personnes (1 800 salariés en poste et plus de 4 000 anciens salariés de la CANSSM), les avantages conventionnels (chauffage-logement, préretraites[592], aides à la reconversion et indemnités de départ à la retraite spécifiquement pour les personnels médicaux) ont un coût considérable, y compris pour l'avenir, évalué à 378 M€ dans les comptes de la caisse au titre des engagements hors bilan (dont 98 M€ au titre des salariés en fonction). Ces avantages sont financés par la branche maladie du régime minier. Depuis 2016, ils sont donc supportés *in fine* par la CNAMTS à travers la subvention d'équilibre de cette dernière à la CANSSM.

Afin de permettre un transfert aux organismes du régime général des agents de la caisse qui conservent une référence salariale minière et qui ne seraient pas affectés à l'une des structures de soins, une voie d'évolution possible consisterait à leur proposer d'intégrer le cadre collectif des employeurs d'accueil et de les indemniser de la perte des avantages viagers. Un dispositif de cette nature a d'ailleurs été mis en place pour les agents optant pour la convention UCANSS dans le cadre de la délégation à la CNAMTS de la gestion des prestations maladie et AT-MP[593].

[592] La préretraite permet aux agents de quitter leur poste de travail dès 55 ans, avant de pouvoir bénéficier d'une retraite à taux plein. En contrepartie, le poste est supprimé à la CANSSM.
[593] Les indemnités versées s'élèvent à 16 670 € en moyenne par agent.

Compte tenu de niveaux élevés de rémunération, le reclassement des professionnels de santé relevant des conventions collectives médicales de la caisse des mines, soit 527 agents[594] dont 160 de moins de 50 ans, appellera des solutions individuelles.

Au total, les contraintes liées aux spécificités statutaires de la caisse des mines sont réelles et particulièrement fortes pour les agents relevant des conventions collectives à référence minière. Néanmoins, le fait qu'un tiers des agents relèvent désormais des conventions collectives du régime général ouvre la voie à des reclassements dans d'autres organismes de sécurité sociale ou d'autres structures de soins et les caractéristiques de la pyramide des âges de la caisse devraient réduire les difficultés à régler. L'ampleur de ces reclassements reste au demeurant très limitée à l'échelle des 172 000 agents du régime général, de la Mutualité sociale agricole et du régime social des indépendants[595].

3 - Mettre en cohérence la politique de recrutement avec les transferts de personnel

La masse salariale n'a commencé à diminuer qu'en 2012 alors que les baisses d'effectifs ont été engagées antérieurement grâce en particulier à une pyramide des âges favorable et à une politique généreuse de départs en pré-retraite. Les effectifs totaux ont ainsi baissé de 9 % à périmètre constant de 2010 à 2014.

Mais dans le même temps, la caisse a continué à recruter, principalement dans les œuvres et établissements de santé, malgré leur situation déficitaire, du fait de l'absence de mobilité géographique et fonctionnelle des personnels. 46 % des agents en poste ont ainsi été recrutés sur la décennie 2000, et encore 12 % de 2011 à 2014. Certes, ces recrutements ont très majoritairement concerné des agents relevant d'une convention collective à référence salariale UCANSS (504 CDI de 2012 à 2014). Mais des recrutements ont encore eu lieu sous les conventions collectives des professions médicales de la caisse des mines (68 personnes de 2012 à 2014), dont 22 pharmaciens après la fin du monopole de délivrance aux affiliés miniers en 2011, alors que les perspectives de ces activités étaient gravement compromises.

[594] Dont 192 médecins généralistes (115 de plus de 50 ans), 170 spécialistes (132 de plus de 50 ans), 135 pharmaciens (98 de plus de 50 ans) et 30 dentistes (19 de plus de 50 ans).
[595] Données 2014 exprimées en ETPMA (équivalent temps plein moyen annuel).

Il apparaît dès lors indispensable de reconsidérer dès maintenant la politique de recrutement. Jusqu'à la fermeture de la caisse, il importe de ne recruter sur emploi durable que dans les structures ayant une perspective d'avenir et de privilégier les mobilités internes dans des conditions soutenables pour l'offre de soins ayant vocation à être externalisée.

C - Restructurer plus activement l'offre de soins

Des réorganisations plus profondes restent à mener pour assurer, en dehors de la caisse des mines et de ses lourdeurs, la pérennité d'une offre de soins adaptée aux besoins des territoires concernés. Il convient à cette fin d'établir les coûts complets de chacune des structures de soins et d'ajuster en conséquence les efforts de réorganisation nécessaires pour parvenir à un équilibre financier durable et transférer leur gestion à d'autres opérateurs.

1 - Amplifier les restructurations

Il faut en premier lieu assurer la transparence des coûts complets des structures concernées. Une partie des frais de gestion administrative des CARMI et de la caisse nationale aujourd'hui non affectés à l'offre de soins concourt, de fait, à son fonctionnement. Ces frais sont à imputer impérativement aux budgets et aux comptes des œuvres et établissements.

Cette transparence doit permettre d'apprécier, structure par structure, et composante par composante de l'offre de soins, la réalité des déséquilibres et de prendre la mesure des effectifs en surnombre. Elle constitue un préalable indispensable à l'approfondissement des restructurations et au transfert des structures vers d'autres acteurs.

Il est nécessaire en second lieu de poursuivre plus vigoureusement les réorganisations de chacune des structures de l'offre de soins. La persistance des déficits dans les établissements et la fragilité du modèle économique des centres de santé requièrent un examen approfondi de la pertinence de chaque implantation. Des fermetures de structures, des redimensionnements aux perspectives réelles d'activité et des réorientations vers d'autres activités sanitaires et sociales sont à organiser pendant la période transitoire jusqu'à la fermeture de la caisse. L'offre de soins ainsi recomposée avec des structures efficientes et viables, articulées sous l'égide des ARS avec les autres composantes de l'offre de soins dans les territoires concernés, pourrait être transférée à d'autres opérateurs.

2 - Assurer la pérennité des structures viables en externalisant leur gestion

En fonction de la portée de la restructuration de l'offre de soins, plusieurs modes d'externalisation de la gestion, différenciés en fonction de la nature des structures et des territoires de l'offre de soins, seraient envisageables.

Un transfert de tout ou partie des établissements sanitaires et médico-sociaux aux UGECAM leur permettrait de prendre place dans un groupe dont les métiers et conditions d'emploi des personnels sont très proches.

Des transferts à des associations locales permettraient de construire des solutions au plus près du terrain. Ils pourraient concerner notamment des établissements sanitaires et médico-sociaux et l'aide à domicile.

Une autre hypothèse serait d'affecter certaines composantes de l'offre de soins à une structure *ad hoc*, inspirée du régime des fondations et ouverte le cas échéant à d'autres partenaires, publics ou privés à caractère non lucratif, souhaitant renforcer leur présence sur certains territoires.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Confronté à une perspective inéluctable de disparition de ses activités assurantielles et à la nécessité de moderniser son offre de soins pour en limiter les déficits et en assurer la pérennité, le régime des mines s'est engagé depuis 2010 dans un mouvement de réforme en net contraste avec l'attentisme qui avait longtemps prévalu. Ce volontarisme nouveau a connu de nombreux obstacles qui ont ralenti les évolutions nécessaires. Un tournant majeur a été franchi en 2015, avec l'achèvement du transfert à d'autres opérateurs de la gestion des prestations et l'intégration financière de sa branche maladie au régime général. Malgré l'importance des concours publics apportés pour couvrir un déséquilibre structurel, des déficits récurrents ont accumulé une dette de plus de 1 Md€ dont la reprise n'a été que partiellement organisée.

Vidée de sa substance assurantielle, la caisse des mines connaît une situation paradoxale et insatisfaisante : juridiquement organisme de sécurité sociale mais coquille vide du point de vue de la gestion opérationnelle des risques, offreur de soins originellement réservés à ses seuls affiliés, mais dont la patientèle est désormais banalisée, sans que son organisation marquée par les lourdeurs inhérentes au poids du passé ait été adaptée à ce nouveau rôle.

Les efforts de réduction des déficits des différentes composantes de l'offre de soins engagés dans le cadre de la COG en cours se heurtent à la réalité de déficits beaucoup plus lourds qu'estimés du fait de l'insuffisante prise en compte des frais de structure. Cette situation, qui appelle une clarification rapide sur la base d'une comptabilité analytique fiable, doit conduire à des restructurations beaucoup plus fortes que celles aujourd'hui engagées afin de garantir la viabilité d'une offre de soins efficiente.

En fait, se vouloir gestionnaire durable d'une offre de soins spécifique avec toutes les lourdeurs historiques d'une caisse nationale de sécurité sociale se révèle une impasse au regard de l'ampleur des défis à relever. C'est pourquoi il convient de sortir de l'ambiguïté actuelle d'une caisse de sécurité sociale qui n'en est plus une et d'un gestionnaire de structures de soins qui n'en a ni la flexibilité, ni les moyens suffisants.

Dans une situation où les droits des assurés du régime minier et de leurs ayants droits sont garantis par la loi, il importe ainsi de fixer l'objectif d'une fermeture de la caisse autonome nationale dans un délai rapproché après une période de transition nécessaire, et dans cette perspective de fixer comme priorité une restructuration plus ferme de l'offre de soins. Cette restructuration doit elle-même permettre de rendre viables les composantes de l'offre de soins dont la pérennité se justifie, d'en transférer la gestion à d'autres opérateurs dans de bonnes conditions et de reclasser les agents en sureffectif en organisant leur transfert vers d'autres organismes de sécurité sociale et structures de soins.

À cette fin, la Cour formule les recommandations suivantes:

57. *procéder à la fermeture de la caisse des mines à un horizon de cinq ans ;*
58. *amplifier par priorité la restructuration de l'offre de soins dans un objectif d'externalisation de la gestion de ses composantes ayant vocation à être pérennisées ;*
59. *gérer dans cette perspective en coûts complets les structures de soins en incluant la totalité des frais de structure qui s'y rattachent ;*
60. *mettre en œuvre une gestion active des ressources humaines afin d'assurer le transfert des agents en surnombre vers d'autres employeurs publics et privés ;*
61. *transformer la subvention de l'État à la branche vieillesse en une subvention d'équilibre et organiser l'amortissement par la CADES de la dette du régime.*

Annexes

Annexe n° 1

Le suivi des recommandations formulées par la Cour

PRÉSENTATION

En application de l'article L. 143-10-1 du code des juridictions financières, la Cour présente dans son rapport public annuel les suites données aux observations définitives des juridictions financières, à partir des comptes rendus que leurs destinataires ont l'obligation de lui fournir.

Dans ses rapports annuels sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale[596] publiés depuis 1995, la Cour analyse spécifiquement les suites apportées aux recommandations qu'elle y a formulées.

En premier lieu, elle réexamine périodiquement de manière approfondie les champs qu'elle a déjà couverts afin d'actualiser ses constats, apprécier les évolutions intervenues et évaluer les marges d'efficience pouvant encore être mobilisées. Trois sujets sont systématiquement revus chaque année : la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale, le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et la cohérence des tableaux d'équilibre et patrimonial, sur laquelle elle exprime un avis[597]. Les autres secteurs sont réexaminés suivant une périodicité variable. À ce titre, le présent rapport analyse ainsi trois questions abordées dans le cadre de précédents rapports : la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de santé des assurés atteints d'une affection de longue durée, les soins dentaires et les systèmes d'information hospitaliers[598].

En outre, la Cour évalue par la voie de cotations les suites données aux recommandations qu'elle a exprimées dans ses trois derniers rapports et illustre les différentes natures de suites apportées à ces dernières.

Les recommandations formulées par la Cour constituent autant de pistes de réflexion et de choix d'action possibles pour le Parlement et le gouvernement. Destinataires des rapports annuels de la Cour sur la

---

[596] En dehors des rapports annuels sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour formule également des recommandations portant sur la sécurité sociale et l'organisation des soins dans le cadre de communications aux commissions des affaires sociales et des finances de l'Assemblée nationale et du Sénat, de rapports publics thématiques, des rapports publics annuels et de référés aux ministres chargés des affaires sociales et du budget.

[597] Article LO.111-3 du code de la sécurité sociale.

[598] Cour des comptes, *Rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, pour 2011,* chapitre X : la prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale, p. 289-320, septembre 2011, *pour 2010,* chapitre XIII : les soins dentaires, p. 317-350, septembre 2010, *pour 2008,* chapitre IX : les systèmes d'information dans les établissements publics de santé, p. 305-331, La Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

sécurité sociale au titre de sa mission d'assistance au Parlement, l'Assemblée nationale et le Sénat s'appuient sur ses constats pour procéder à des enquêtes sur des sujets examinés par la Cour. Parmi leurs récents thèmes d'investigation figurent ainsi le fonctionnement du régime social des indépendants, la permanence des soins, les indemnités journalières, les transports sanitaires, les mutuelles étudiantes (commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale), l'organisation de la médecine de ville en France par comparaison avec l'Allemagne, la fraude aux cotisations sociales et la situation du fonds de solidarité vieillesse (commission des affaires sociales du Sénat) S'agissant de l'hospitalisation à domicile, la Cour a été spécifiquement sollicitée pour actualiser ses constats par la voie d'une nouvelle enquête[599].

Les organismes nationaux de sécurité sociale se saisissent également des recommandations de la Cour et des analyses qui les sous-tendent. Ainsi, les rapports annuels de la CNAMTS sur les charges et produits reviennent sur des thèmes abordés au préalable par la Cour, en avançant des propositions qui reprennent certaines de ses recommandations ou viennent les compléter[600].

Les développements ci-après analysent la prise en considération inégale par les pouvoirs publics et par les organismes nationaux de sécurité sociale des recommandations formulées par la Cour dans le cadre de ses trois derniers rapports (2013, 2014 et 2015), soit 211 au total.

Quatre cas particuliers permettent ensuite d'illustrer les différents types de suites que reçoivent ces recommandations : le resserrement du réseau territorial du régime social des indépendants (recommandation totalement mise en œuvre), la régulation des dépenses d'optique (en cours de mise en œuvre), les évolutions récentes des délégations de gestion de l'assurance maladie aux mutuelles de fonctionnaires et d'étudiants (mise en œuvre incomplète) et la permanence des déficits du FSV (refus de mise en œuvre).

---

[599] Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale*, L'hospitalisation à domicile, évolutions récentes, décembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr, qui actualise les constats du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2013.

[600] Ainsi, le rapport de juillet 2016 (« Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », propositions de l'Assurance Maladie pour 2017) traite des dépenses relatives à la biologie médicale, aux dispositifs médicaux, à la masso-kinésithérapie et à l'insuffisance rénale chronique terminale, couvertes par la Cour dans le cadre de ses trois derniers rapports annuels sur la sécurité sociale.

I - Les suites données aux recommandations des trois derniers rapports

L'examen statistique et sur le fond des suites données par les pouvoirs publics et par les organismes nationaux de sécurité sociale aux recommandations formulées par la Cour, dans un délai de trois ans, fait apparaître que ces dernières sont prises pour leur majorité en considération, mais de manière inégale.

A - La prise en considération d'une majorité de recommandations, à des degrés toutefois divers

La Cour utilise six cotations pour apprécier les suites données aux recommandations qu'elle formule dans ses publications : totalement mise en œuvre, mise en œuvre incomplète (sur un contenu partiel), en cours de mise en œuvre (sur la totalité du contenu de la recommandation), non mise en œuvre, faisant l'objet d'un refus explicite de mise en œuvre ou encore devenue sans objet.

L'application de ces cotations fait apparaître qu'une nette majorité de recommandations de la Cour fait l'objet d'un début de mise en œuvre, mais que certaines réformes structurantes ne sont pas engagées.

1 - Un faible taux de recommandations intégralement suivies par rapport à celles mises en œuvre partiellement ou en cours de mise en œuvre

Comme le montre le tableau ci-après, 57 %[601] des recommandations formulées par la Cour dans le cadre de ses trois derniers rapports ont été prises en compte, au moins partiellement, par les pouvoirs publics ou par les organismes de sécurité sociale.

[601] Ce taux correspond au degré de mise en œuvre des recommandations formulées par le Cour, qui constitue le principal indicateur de performance du programme du budget de l'État relatif aux juridictions financières (programme 164 – Cour des comptes et autres juridictions financières). Il est défini comme la part, dans les recommandations les plus significatives formulées au cours de la période, de celles qui ont été suivies d'une mise en œuvre effective, c'est-à-dire des recommandations soit totalement mises en œuvre, soit mises en œuvre de manière incomplète ou en cours de mise en œuvre sur la totalité de leur champ.

Tableau n° 88 : suites données aux recommandations des trois derniers rapports

	Présent rapport (2016)					Précédent rapport (2015)	
Recommandations des rapports	**2013**	**2014**	**2015**	**Total**	**%**	**2012/ 2013/ 2014**	**%**
Totalement mise en œuvre	7	2	-	9	*4 %*	13	*6 %*
En cours de mise en œuvre	17	28	10	55	*26 %*	60	*27 %*
Mise en œuvre incomplète	23	22	11	56	*27 %*	66	*30 %*
Recommandations comportant un degré de mise en œuvre	***70 %***	***70 %***	***41 %***	**-**	***57 %***	**-**	***63 %***
Non mise en œuvre	21	24	31	76	*36 %*	66	*30 %*
Refus de mise en œuvre	4	6	4	14	*7 %*	16	*7 %*
Devenue sans objet	1	-	-	1	*0 %*	1	*0 %*
Total	**73**	**82**	**56**	**211**	**100 %**	**222**	***100 %***

Source : Cour des comptes, à partir des comptes rendus des administrations.

Neuf recommandations, soit 4 %, ont fait l'objet d'une mise en œuvre totale. Quatre d'entre elles sont plus particulièrement commentées ci-après[602], mais d'autres sont également de portée significative[603].

La proportion réduite de recommandations intégralement suivies résulte des délais propres à la mise en œuvre de réformes, des difficultés d'acceptation qu'elles peuvent rencontrer ou des préalables à leur application (adaptations apportées aux textes législatifs et réglementaires précédées de concertations, négociations conventionnelles avec les professionnels de santé, rénovation des procédures de gestion, modification des systèmes d'information, etc.).

[602] Cadrer les orientations stratégiques des politiques conventionnelles mises en œuvre par l'assurance maladie par l'échelon ministériel, adapter les modalités de tarification des établissements de santé situés dans des zones fragiles (deux recommandations) et mettre fin à la détermination des prélèvements sociaux d'une partie des exploitants agricoles selon des modalités forfaitaires.

[603] Comme la fixation d'objectifs d'économies associés au développement de la chirurgie ambulatoire selon une programmation pluriannuelle (faite dans le cadre du plan ONDAM 2015-2017) ou la compensation intégrale à la branche vieillesse du régime général de la mise à sa charge du déficit de la branche vieillesse du régime social des indépendants à compter de 2015.

En outre, compte tenu du moment de la parution du rapport annuel de la Cour sur la sécurité sociale (septembre), peu de suites favorables à ses recommandations sont de fait susceptibles d'être apportées dès le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante, présenté par le gouvernement quelques semaines plus tard.

Ainsi, si 57 % des recommandations de la Cour donnent lieu dans un délai de trois ans à une mise en œuvre, 27 % des recommandations ne le sont que sur une partie de leur contenu (mise en œuvre incomplète) et 26 % demeurent en cours de mise en œuvre sur la totalité de leur contenu (mise en œuvre en cours). Parfois, les délais de mise en œuvre de certaines recommandations adoptées par les pouvoirs publics sont particulièrement longs.

De longs délais pour la mise en œuvre de certaines recommandations

Suivant une recommandation formulée par la Cour dans son rapport 2013, la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite a prévu la conclusion par la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) et l'État d'un contrat pluriannuel d'objectifs relatif à la gestion du régime de base, ensuite déclinés par des contrats de gestion entre la CNAVPL et chacune de ses dix sections professionnelles. Un décret d'avril 2015 a précisé le contenu de ces contrats. Néanmoins, la négociation entre le ministère chargé de la sécurité sociale et la CNAVPL n'a réellement débuté qu'en mars 2016. Les travaux relatifs à la mise en place de conventions entre la CNAVPL et les sections restent à engager.

Dans son rapport 2013, la Cour a préconisé de mettre fin aux dépassements perçus par les praticiens exerçant dans certains établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), à but non lucratif. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a accordé à ces établissements un délai de trois ans pour mettre fin à ces pratiques. À l'issue de ce délai, si la situation n'a pas évolué, un nouveau délai de deux ans doit leur permettre de finaliser les discussions ou de résilier les contrats les liant aux praticiens concernés. Au terme de ces cinq années (soit en janvier 2021), les établissements où seraient encore pratiqués des dépassements d'honoraires devraient perdre la qualité d'ESPIC et les concours de l'assurance maladie qui lui sont liés.

Compte tenu des délais de prise en compte des recommandations de la Cour, la proportion de recommandations prises en considération à divers degrés (mise en œuvre totale, incomplète ou en cours) augmente en fonction de leur ancienneté. Comme le montre le tableau ci-après, cette proportion atteint désormais 70 % des recommandations des rapports 2013 et 2014. Entre le rapport 2015 et le présent rapport, elle est passée de 57 % à 64 % des recommandations du rapport 2013 et de 58 % à 63 % de celles du rapport 2014.

Tableau n° 89 : évolution de la proportion de recommandations mises en œuvre au moins partiellement en fonction de leur ancienneté

	1ère année de suivi	2ème année de suivi	3ème année de suivi
Recommandations RALFSS 2013	46 %	57 %	64 %
Recommandations RALFSS 2014	58 %	63 %	-
Recommandations RALFSS 2015	38 %	-	-

Source : Cour des comptes.

2 - Des niveaux inégaux de prise en compte selon les domaines

Eu égard au champ très étendu des problématiques relatives à la sécurité sociale, les rapports annuels de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale abordent chaque année une grande diversité de sujets, au-delà de ceux qui revêtent un caractère obligatoire au regard de l'objet même du rapport (situation et perspectives financières de la sécurité sociale et ONDAM) ou de dispositions du code de la sécurité sociale (avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial, résultats des travaux conduits dans le cadre du « réseau d'alerte » sur les organismes de sécurité sociale, conclusions des enquêtes menées avec les chambres régionales des comptes sur les établissements de santé).

Les sujets couverts par les rapports annuels de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale et les recommandations qui les accompagnent (211 ont pu être cotées pour les

rapports 2013, 2014 et 2015) se répartissent en six domaines, détaillés ci-après[604]. L'organisation des soins et les dépenses d'assurance maladie (à l'hôpital et en ville) regroupent au total 56 % des recommandations faisant l'objet d'une cotation.

Comme le montre le tableau ci-après, les recommandations relatives aux dépenses de soins de ville présentent un degré élevé de mise en œuvre (63 %). Pour l'essentiel, elles le sont toutefois de manière incomplète ou leur mise en œuvre est en cours.

Les recommandations relatives aux dépenses hospitalières font apparaître des résultats contrastés. Si un nombre non négligeable d'entre elles ont été totalement suivies, leur degré global de mise en œuvre reste relativement faible (56 %).

Cette situation reflète en particulier l'absence de réponse, contraire aux dispositions du code des juridictions financières, apportée par l'administration à la demande que la Cour lui a adressée de lui indiquer les suites apportées à certaines recommandations.

Au nombre de 17, ces dernières portent pour l'essentiel sur la maîtrise des dépenses de personnel médical dans les hôpitaux et les cliniques privées et sur la refonte de la stratégie et du pilotage central de l'organisation du système de soins. Cette absence de réponse par la direction générale de l'offre de soins ou par le secrétariat général du ministère des affaires sociales et de la santé traduit non seulement un défaut de prise en charge de certaines recommandations, mais aussi une réticence à aborder celles visant l'articulation de leurs responsabilités respectives. À défaut d'autres éléments d'information qui indiqueraient un début de mise en œuvre, les recommandations concernées ont été cotées comme étant non mises en œuvre.

Par ailleurs, les recommandations portant sur les finances et ressources de la sécurité sociale connaissent un taux moyen de mise en œuvre au moins partielle limité à 44 %. En effet, ce domaine, qui regroupe 25 % des recommandations, concentre la moitié de celles ayant fait l'objet d'un refus explicite de mise en œuvre.

[604] Un 7ème domaine, les prestations familiales, a été couvert dans le rapport 2015 par un examen des suites - en l'espèce une mise en œuvre totale -, données aux recommandations du rapport 2012 visant à renforcer la redistribution opérée par les prestations familiales modulées en fonction des ressources des allocataires.

Tableau n° 90 : ventilation par domaine de la mise en œuvre des recommandations

	Nombre de recommandations	%	Totalement mise en œuvre	Mise en œuvre en cours	Mise en œuvre incomplète	*Degré de mise en œuvre*	Non mise en œuvre	Refus de mise en œuvre	Devenue sans objet
Finances et ressources	52	25 %	-	12	11	***44 %***	21	7	1
Dépenses d'assurance maladie – hôpital	52	25 %	5	14	10	***56 %***	23	-	-
Dépenses AM – ville	54	26 %	1	12	21	***63 %***	16	4	-
Retraite	15	7 %	3	4	3	***67 %***	3	2	-
Organisation et gestion de la sécurité sociale	23	11 %	-	7	7	***61 %***	6	1	-
Pilotage et gouvernance du système de santé	15	7 %	-	6	4	***67 %***	5	-	-
Total	**211**	**100 %**	**9**	**55**	**56**	***57 %***	**76**	**14**	**1**

Source : Cour des comptes à partir des comptes rendus des administrations.

B - Des évolutions sensibles sur certaines points par rapport à 2015

Nonobstant des délais souvent longs dans la mise en œuvre d'un grand nombre de recommandations, des progrès sont intervenus par rapport au précédent rapport. En effet, plusieurs recommandations importantes, alors non mises en œuvre, le sont désormais au moins partiellement, en application notamment de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

1 - Les conventions avec les professionnels libéraux de santé

Dans son rapport 2014, la Cour avait recommandé, à propos des conventions passées entre l'assurance maladie et les organisations représentatives des professionnels libéraux de santé, de mettre en place un pilotage national plus intégré, permettant à l'État de cadrer les orientations stratégiques des politiques conventionnelles, d'en suivre l'exécution et de mieux articuler les actions des différents acteurs.

En application de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ont désormais la faculté de fixer des lignes directrices qui s'imposent au conseil de l'union nationale des caisses d'assurance maladie, en vue de la détermination par ce dernier des orientations relatives à la négociation des accords conventionnels avec les représentants des professionnels de santé. Ces dispositions ont été appliquées pour la première fois dans le cadre de la négociation de la nouvelle convention médicale *(recommandation totalement mise en œuvre)*.

Par ailleurs, la Cour avait recommandé dans son rapport 2015 que les agences régionales de santé se voient reconnaître la faculté d'adapter certains éléments des politiques conventionnelles au contexte régional dans un cadre défini au plan national.

La loi de modernisation de notre système de santé a prévu en ce sens que les conventions nationales avec les professionnels de santé précisent les modalités d'adaptation régionale des dispositifs visant à favoriser l'installation des professionnels de santé (ou des centres de santé) en fonction des zones d'exercice et aient la faculté de prévoir des modalités d'adaptation d'autres mesures conventionnelles, à l'exception de celles relatives à la rémunération des professionnels de santé. Chaque professionnel de santé (ou centre de santé) conventionné pourra signer un ou plusieurs contrats conformes à ces contrats types régionaux *(recommandation en cours de mise en œuvre)*.

La Cour avait par ailleurs recommandé dans son rapport 2014 d'étendre le conventionnement sélectif des professionnels de santé dans les zones géographiques en surdensité, alors limité aux seuls infirmiers, à l'ensemble des professionnels de santé. Aucune évolution en ce sens n'était intervenue en 2015. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a ouvert la possibilité d'un conventionnement sélectif pour trois autres professions : les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes *(recommandation mise en œuvre de manière incomplète*).

Dans le domaine des politiques conventionnelles, les progrès n'ont cependant encore à ce stade qu'une portée partielle. S'agissant des médecins, les pouvoirs publics s'en tiennent ainsi à ce jour à des mesures incitatives à l'installation dans les zones en sous-densité. Pour ce qui concerne les actes de biologie médicale, les recommandations de la Cour tendant à ce que soit négociée sur des bases actualisées une nouvelle convention réduisant les tarifications prenant insuffisamment en compte les gains de productivité réalisés ont été écartées par les pouvoirs publics au profit d'un simple objectif de plafonnement de la dépense qui préserve les marges de ce secteur[605].

2 - La réorganisation de l'offre de soins hospitalière

Dans son rapport 2015, la Cour constatait le caractère décevant du bilan des actions mises en œuvre depuis une vingtaine d'années par les pouvoirs publics afin de réorganiser l'offre de soins dans le double objectif d'une efficience accrue et de l'accès de tous à des soins de qualité.

Elle relevait à cet égard la faiblesse des outils permettant de faire évoluer l'organisation de l'offre de soins au niveau territorial. Les démarches coopératives, contractuelles et incitatives avaient été de plus en plus privilégiés par rapport aux outils plus restructurants que constituent les normes d'activité ou d'équipement conditionnant les autorisations d'activités.

La loi de modernisation de notre système de santé comporte plusieurs dispositions de nature à contribuer à la recomposition de l'offre de soins dans le cadre territorial.

Comme l'a recommandé la Cour dans son rapport 2014 au vu des faiblesses des projets régionaux de santé, le caractère stratégique et l'opérationnalité de la démarche de programmation régionale sont renforcés. Ainsi, chaque agence régionale de santé doit établir un schéma régional de santé, d'une durée de cinq ans, à partir d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux, qui détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels couvrant l'ensemble des composantes de l'offre de soins et médico-sociale.

[605] Sur ce refus de mise en œuvre, voir rapport 2015, p. 650-651.

Afin d'assurer une cohérence accrue avec les projets régionaux de santé, la loi autorise le gouvernement à moderniser et à simplifier dans un délai de deux ans, par la voie d'ordonnances, les différents régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements lourds, en matière d'imagerie médicale notamment *(recommandation en cours de mise en œuvre).*

En application de la loi de modernisation de notre système de santé, tous les établissements hospitaliers publics doivent obligatoirement être désormais membres d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) qui conditionne l'attribution par les agences régionales de santé des dotations de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Les GHT[606] ont pour mission de définir un projet médical partagé dans le respect des schémas régionaux de santé arrêtés par les agences régionales de santé, de mettre en commun obligatoirement certaines activités (imagerie et biologie médicale) et fonctions support (gestion des données médicales, systèmes d'information, achats, formation initiale des professions paramédicales et formation professionnelle continue des professions médicales et paramédicales) et de procéder à des transferts d'activités entre les établissements qui en sont membres (*recommandation en cours de mise en œuvre).*

Par ailleurs, les lois de financement de la sécurité sociale pour 2014 et 2015 ont pris en compte les recommandations du rapport 2013 tendant à adapter les modalités de financement des établissements de petite taille, situés sur des territoires isolés en voie de désertification médicale, afin d'assurer leur pérennité lorsque celle-ci est jugée nécessaire.

Au titre du dispositif dit d'« activité isolée », 61 établissements, essentiellement publics, proposant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique ou d'urgence dans des zones isolées, reçoivent désormais une nouvelle dotation à caractère forfaitaire, composée d'une part fixe nationale visant à assurer l'équilibre financier de l'activité considérée en fonction de coûts standard et d'une part variable, à la discrétion des ARS, destinée à financer des coûts spécifiques liés à l'isolement. Pour 2016, le coût prévisionnel de ce dispositif s'élève à 28 M€.

[606] Qui remplacent les conventions hospitalières de territoire.

À compter également de 2016, 150 anciens hôpitaux locaux intègrent la catégorie, nouvellement créée, des « hôpitaux de proximité »[607]. Les établissements concernés (anciens hôpitaux locaux, certains centres hospitaliers et établissements privés), au nombre de 240 environ, bénéficient de modalités de financement dérogatoires à la tarification à l'activité, sans dépense supplémentaire pour l'assurance maladie : plancher de ressources (égal à 80 % des recettes provenant de l'assurance maladie au cours de l'année précédente) et complément de financement fonction du degré d'éloignement de l'établissement par rapport à la moyenne nationale de certains critères, financé par redéploiement ; si leur activité valorisée à la T2A excède les dotations précédentes, les établissements concernés bénéficient d'un complément de financement à hauteur de l'écart correspondant *(recommandations totalement mises en œuvre).*

3 - Les outils de maîtrise des dépenses de dispositifs médicaux

Dans son rapport 2014, la Cour, devant le constat d'une progression non maîtrisée des dépenses d'assurance maladie relatives aux dispositifs médicaux, recommandait de déterminer pour la période 2015-2017 un objectif de régulation de ces dépenses.

Afin de renforcer la maîtrise des dépenses, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a ouvert la possibilité pour le comité économique des produits de santé (CEPS) de négocier avec les représentants des fabricants et des distributeurs de dispositifs médicaux un accord-cadre prévoyant les conditions dans lesquelles le CEPS met en œuvre des réductions des tarifs de responsabilité et, le cas échéant, des prix afin de « garantir la compatibilité du taux d'évolution prévisionnel des dépenses correspondantes avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie » *(recommandation mise en œuvre de manière incomplète).*

[607] Décret du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement.

4 - L'amélioration de la structure de financement du régime des exploitants agricoles

Dans son rapport 2013[608], la Cour avait recommandé d'abaisser le seuil de chiffre d'affaires à partir duquel les exploitants agricoles doivent déclarer leurs revenus professionnels au réel, pour la détermination du bénéfice sur lequel sont assis les prélèvements sociaux à leur charge et, en deçà du seuil précité, de remplacer le régime du bénéfice forfaitaire par un bénéfice établi en proportion de leur chiffre d'affaires réel. À compter de 2017, le régime du forfait agricole est remplacé au plan social comme fiscal par un régime micro agricole comportant l'application d'un pourcentage forfaitaire de charges déductibles aux revenus déclarés au réel. Le plafond d'application du nouveau régime est légèrement rehaussé par rapport à celui de l'ancien forfait *(recommandation totalement mise en œuvre).*

Après avoir atteint un pic en 2010 (-1,3 Md€), le déficit du régime de retraites des exploitants agricoles s'élevait encore à-1 Md€ en 2012. Dans son rapport 2013, la Cour avait recommandé d'assurer son équilibre financier par des financements de solidarité suffisants et pérennes, pour partie en réexaminant d'autres concours au secteur agricole. Cette recommandation a été partiellement suivie : sous l'effet notamment de la hausse des impôts et taxes affectés (2,8 Md€ en 2015 contre 2,4 Md€ en 2012) et sans redéploiement des autres concours publics au secteur agricole, le déficit a été réduit à -0,3 Md€ en 2015. Compte tenu de l'accumulation de déficits, le montant total de la dette sociale relative au régime de retraites des exploitants agricoles atteint néanmoins 3,3 Md€ à fin 2015. À ce jour, les modalités d'amortissement de cette dette ne sont pas définies *(recommandation mise en œuvre de manière incomplète*).

C - Des recommandations écartées par les pouvoirs publics en nombre réduit mais portant sur des enjeux importants

Les recommandations expressément écartées par les pouvoirs publics sont peu nombreuses. Au nombre de 14 pour les trois derniers rapports, elles présentent une sensibilité particulière, notamment pour la gouvernance financière de la protection sociale :

[608] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XV : les retraites des exploitants agricoles, p. 423-450, La Documentation française, septembre 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

- transformer la loi de financement de la sécurité sociale en une loi de financement de la protection sociale obligatoire élargie aux régimes sociaux conventionnels (retraites complémentaires, assurance chômage) et instaurer une loi de résultat présentée selon un calendrier convergent avec celui de la loi de règlement du budget de l'État au motif que ces recommandations s'inscrivent dans une perspective de long terme d'unification des textes financiers ;
- organiser une discussion conjointe au Parlement des volets « recettes » des projets annuels de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale au motif que cette orientation remettrait en cause le mode de pilotage actuel des finances sociales, pourtant perfectible ;
- faire apparaître à l'attention des entreprises et de leurs salariés le niveau véritable du prélèvement social en intégrant les allègements de cotisations sociales au barème de ces dernières, au motif que cette « barémisation » soulèverait des difficultés techniques importantes, sans procurer de gain particulier ;
- redéfinir la place et le périmètre de l'assurance maternité et intégrer les indemnités journalières maternité à l'ONDAM au motif que les constats de la Cour n'appelleraient pas de mesures de cette nature, sans pour autant que des mesures alternatives aient été définies ;
- mettre en œuvre un pilotage infra-annuel de l'objectif de dépenses de la branche famille, au motif que les dépenses de cette branche sont liées à des droits objectifs définis par la loi ou les règlements et ne peuvent être pilotés en cours d'année, ce qui n'est cependant pas le cas des subventions versées à des structures dans le cadre de l'action sanitaire collective (4,6 Md€ en 2015) ;
- piloter effectivement le régime de retraite de base des professions libérales comme un régime par points et mettre à l'étude des mécanismes de solidarité entre les régimes complémentaires propres aux dix sections professionnelles distinctes de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales afin de surmonter les déséquilibres financiers à venir, les pouvoirs publics n'entendant pas remettre en cause leur autonomie ;
- assurer l'effectivité des tarifs opposables aux professionnels de santé pour les titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS), en prenant les textes réglementaires nécessaires à l'application des dispositions de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009 qui permettent aux directeurs des caisses d'assurance maladie de sanctionner les refus de

soins, le ministère des affaires sociales et de la santé indiquant privilégier une responsabilisation des professionnels de santé[609] (attribution aux conseils de l'ordre des médecins et des chirurgiens-dentistes du soin d'objectiver les pratiques de leurs membres en la matière). Les deux approches ne revêtent cependant pas un caractère contradictoire.

II - Les différents types de suites apportées aux recommandations de la Cour : quatre illustrations

A - Le resserrement du réseau du régime social des indépendants (totalement mise en œuvre)

Depuis sa mise en place au 1er juillet 2006, par regroupement de trois régimes préexistants (retraites des artisans et des commerçants et maladie des travailleurs indépendants non agricoles), le régime social des indépendants comptait 30 caisses de base : 26 caisses métropolitaines et deux caisses outremer compétentes pour la protection maladie, retraite, invalidité et décès des artisans et commerçants et deux caisses pour la protection maladie, invalidité et décès des professions libérales[610].

Dans son rapport 2014, la Cour avait souligné que la plupart des caisses du RSI n'avaient pas une taille critique suffisante pour assurer leurs missions dans des conditions efficientes. En outre, les trois principales régions administratives (Île-de-France, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur) comptaient plusieurs caisses. Dès lors, la Cour recommandait de réorganiser en profondeur ce réseau afin de réduire les coûts de gestion et de renforcer la qualité de service aux assurés.

[609] L'article 85 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 dispose que les conseils nationaux de l'ordre des médecins et des chirurgiens-dentistes *« évaluent avec les associations de patients… le respect du principe de non-discrimination dans l'accès aux soins à la prévention ou aux soins... par les membres de l'ordre »* et qu'à ce titre il leur *« revient de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il[s] juge[nt] appropriés »*.

[610] Les retraites relèvent de l'une des dix sections professionnelles de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

Cette recommandation a été totalement mise en œuvre.

Ainsi, les deux caisses compétentes pour les professions libérales ont été fusionnées au 1er janvier 2015. Pour ce qui concerne les artisans et commerçants, un décret du 18 février 2016 a prévu la mise en place au 1er janvier 2019 d'une nouvelle organisation territoriale fondée sur 13 caisses de base[611]. Les neuf opérations de fusion qu'appelle cette nouvelle organisation sont d'ores et déjà engagées.

B - La régulation des dépenses d'optique (en cours de mise en œuvre)

Dans son rapport 2013, la Cour avait souligné que les dépenses d'optique (5,6 Md€ en 2014[612]), qui concernent deux Français sur trois et sont principalement financées par les assurances complémentaires (à hauteur de 68 %), l'assurance maladie ayant un rôle résiduel (inférieur à 4 %), étaient très insuffisamment régulées dans le contexte d'un marché de l'optique opaque, peu concurrentiel et pratiquant des prix élevés.

La Cour formulait plusieurs recommandations tendant à faire baisser les prix de l'optique et à responsabiliser davantage les organismes complémentaires dans la régulation des dépenses.

Comme la Cour l'avait recommandé, la prise en charge de l'optique dans le cadre des contrats « responsables », a été profondément revue. Ainsi, un décret du 18 novembre 2014, relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, a prévu non seulement des planchers, mais aussi des plafonds à la prise en charge des dépenses d'optique. Par ailleurs la prise en charge est désormais limitée à un équipement tous les deux ans (sauf pour les enfants ou en cas de dégradation de la vue).

Issus de longues négociations, ces plafonds (470 € pour des lunettes dotées de verres simples, 750 € pour des verres « complexes » et 850 € pour les verres « très complexes ») s'inscrivent sensiblement au-delà du coût moyen des équipements, comme le montre le tableau ci-après.

[611] Dix caisses regroupées en France métropolitaine, deux caisses ultra-marines et une caisse à compétence nationale propre aux professions libérales.
[612] CNAMTS, Points repère n° 43 – décembre 2015 – Les dépenses d'optique médicale en 2014.

Tableau n° 91 : comparaison entre les plafonds arrêtés et les coûts moyens constatés

En €

		Verres	Monture	Total
Équipement unifocaux	Coût moyen 2014	178 €	138 €	316 €
	Plafonds du décret de 2014	Au minimum : 100 € Au maximum : 470 € *(dont une prise en charge de la monture limitée à 150 €)*		
Équipement multifocaux	Coût moyen 2014	43 6€	150 €	613 €
	Plafonds du décret de 2014	Au minimum : de 125 € pour une correction moyenne à 200 € pour une correction complexe ou très complexe Au maximum : de 610 € pour une correction moyenne à 850 € pour une correction très complexe. *(dont une prise en charge de la monture limitée à 150 €)*		

Source : Cour des comptes d'après les données CNAMTS et les dispositions du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

L'interdiction de prévoir au titre des garanties offertes par les contrats « responsables » la prise en charge du renouvellement annuel des lunettes - possibilité offerte jusque-là par la plupart des assurances complémentaires santé -, devrait aussi influer sur la dépense globale car l'augmentation de la consommation de produits d'optique par personne explique une part importante de l'augmentation de ces dépenses[613].

Ce renforcement des contraintes portant sur les contrats des organismes complémentaires s'accompagne de mesures destinées à favoriser l'ouverture du marché à l'e-commerce et à la diffusion en grande surface[614] : obligations de mention de l'écart pupillaire sur les ordonnances comme l'avait suggéré la Cour, de présenter une ordonnance de moins de trois ans pour toute délivrance de verres correcteurs[615] et de présence d'un opticien-lunetier sur le lieu de distribution de produits d'optique dans tous les commerces ; libéralisation de la vente des produits d'entretien pour lentilles.

[613] CNAMTS, Points repère n° 43 – décembre 2015 – Les dépenses d'optique médicale en 2014. Un groupe de distribution indique que le renouvellement annuel des équipements optiques représenterait 23 % du total de ses ventes.
[614] Article 39 de la loi du 17 mars 2014 relative à la consommation.
[615] Disposition auparavant obligatoire uniquement pour les moins de 16 ans.

Par ailleurs, conformément à une recommandation formulée par la Cour dès 2010, la capacité des assurances complémentaires santé à peser sur les prix de l'optique a été renforcée par la possibilité qui leur a été donnée de moduler le niveau de leur prise en charge des dépenses en fonction de l'appartenance ou non du professionnel de santé à un réseau de soins[616].

C - Les délégations de gestion aux mutuelles de fonctionnaires et d'étudiants (mise en œuvre incomplète)

Dans son rapport 2013 sur la sécurité sociale, la Cour a analysé la gestion déléguée des prestations en nature de l'assurance maladie obligatoire de base versées aux fonctionnaires et aux étudiants par des mutuelles, sur le fondement de délégations prévues par la loi, en soulignant l'hétérogénéité de la qualité du service rendu - qui lui était notamment apparue déplorable dans certaines mutuelles d'étudiants - l'importance des efforts de productivité restant à accomplir et le niveau élevé des remises de gestion versées par l'assurance maladie en contrepartie des tâches effectuées pour son compte.

Les recommandations de la Cour tendant à reconsidérer le principe de la gestion déléguée ou, à défaut, à reconnaître aux assurés sociaux un droit d'option entre la CPAM de leur domicile ou une mutuelle n'ont pas été retenues par les pouvoirs publics. Il en va de même de celle tendant à permettre aux étudiants, à cotisation inchangée, d'opter entre le maintien du rattachement au régime de leurs parents et l'affiliation à une mutuelle. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a cependant allégé le dispositif juridique d'une remise en cause éventuelle des délégations[617].

L'acuité des difficultés de fonctionnement de « la mutuelle des étudiants » (LMDE), qui regroupe un peu plus de la moitié des étudiants affiliés (soit environ 0,9 million), a cependant conduit les pouvoirs publics, depuis le 1er octobre 2015, à faire assurer par la branche maladie du régime général l'activité dont cette mutuelle est précisément en principe délégataire pour son compte (voir encadré).

[616] Loi du 27 janvier 2014 relative aux réseaux de soins.

[617] En prévoyant qu'un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles il peut y être mis fin « en cas de défaillance rendant impossible la gestion des régimes obligatoires dans des conditions normales ».

Si cette décision conduit à améliorer la qualité du service rendu aux étudiants et à faire réaliser des économies par l'assurance maladie, elle maintient la participation à la gestion des droits des étudiants à l'assurance maladie d'une structure vidée pour l'essentiel de tout contenu propre en tâches de gestion. L'ampleur des dérives constatées appelle à reconsidérer le principe même du maintien d'un « régime étudiant », caractérisé par la complexité de la gestion de leurs droits pour les étudiants et leurs familles et des coûts inutiles pour la collectivité.

La reprise par la CNAMTS des activités et des effectifs de la LMDE

Placée en redressement provisoire en juillet 2014 par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, la LMDE a été mise sous sauvegarde de justice en février 2015.

Depuis le 1er octobre 2015, l'assurance maladie assure la gestion directe de l'ensemble des activités de gestion technique (infogérance), de l'ouverture des droits jusqu'au versement des prestations, en passant par les changements de situation, le suivi de la carte Vitale et la relation avec les assurés. La LMDE conserve les tâches d'affiliation et de prévention.

À la demande des pouvoirs publics, la CNAMTS a intégré à son réseau les salariés de la LMDE en charge de la gestion des prestations de sécurité sociale qui n'avaient pas quitté cet organisme, au nombre de 515, à un moment où elle doit elle-même réduire ses effectifs en application de la convention d'objectifs et de gestion avec l'État pour 2014-2017.

Parallèlement, le montant des remises de gestion versées par la CNAMTS à la LMDE a été diminué de 50 € par étudiant affilié en 2014 à 45,31 € en 2015, puis à 7,8 € en 2016 et à 5,6 € en 2017 (soit une prévision de 5 M€ de remises pour cette même année contre 54 M€ en 2014).

Entre l'intégration d'agents de la LMDE et la réduction des remises de gestion, l'assurance maladie réalise une économie pouvant être estimée à 17 M€ pour 2017.

À défaut d'une remise en cause des délégations de gestion aux mutuelles de fonctionnaires et d'étudiants, la Cour recommandait que les remises de gestion qui leur sont versées en contrepartie des tâches qu'elles effectuent pour le compte de l'assurance maladie soient alignées sur les coûts de revient des caisses d'assurance maladie et que les paramètres qui servent de référence pour déterminer leur calcul soient fixés par une commission indépendante.

Cette recommandation n'a pas été suivie d'effet. Une réduction significative des remises de gestion a toutefois été engagée. En application de la convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général avec l'État pour les années 2014 à 2017, le montant total des remises versées aux mutuelles (de fonctionnaires, d'étudiants et autres mutuelles) est en effet appelé à baisser de 14,6 % entre 2013 (365 M€) et 2017 (prévision de 312 M€)[618].

Compte tenu de l'infogérance de la LMDE par la CNAMTS, cette prévision devrait être révisée à la baisse en neutralisant l'incidence de la réduction des remises de gestion versées à cette dernière (soit 49 M€).

D - La permanence des déficits du fonds de solidarité vieillesse (refus de mise en œuvre)

Le fonds de solidarité vieillesse (FSV) est un établissement public administratif de l'État qui a pour mission, à partir des ressources qui lui sont affectées (CSG, autres contributions sociales et autres impôts et taxes affectés), de financer des prises en charge de prestations et de cotisations, au titre notamment du chômage, correspondant à une partie des avantages non contributifs accordés par les régimes de retraite de base.

Fonds de financement du risque vieillesse, le FSV est lui-même insuffisamment financé. En raison non tant de la hausse des charges liées aux prises en charge de cotisations des chômeurs que de réductions des ressources qui lui sont affectées[619], il connaît un déficit massif depuis 2009. Après s'être replié de -4,1 Md€ en 2012 à -2,9 Md€ en 2013, ce déficit a atteint -3,5 Md€ en 2014, puis -3,9 Md€ en 2015. Il se stabiliserait à ce même niveau en 2016[620].

[618] Afin de permettre la réalisation de cet objectif d'économies, un arbitrage interministériel a fixé un montant forfaitaire par bénéficiaire géré par les mutuelles de fonctionnaires et d'étudiants qui effectuent l'ensemble des tâches de gestion de l'assurance maladie. Ce montant est en réduction, les mutuelles d'étudiants (46 € en 2017 contre 50 € en 2014, soit -8 %) étant cependant traitées plus favorablement que celles de fonctionnaires (38 € en 2017 contre 44 € en 2014, soit -13,6 %).

[619] En 2009 (transfert de CSG à la CADES), en 2010 (baisse de la C3S affectée après couverture des déficits des régimes maladie et vieillesse de base du RSI) et à nouveau en 2015 (transfert de CSG à la CNSA, réduction d'un produit exceptionnel de C3S).

[620] Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2016.

Malgré les recommandations réitérées de la Cour[621], il n'a ainsi pas été mis fin à son sous-financement structurel. Tout au plus, ce dernier a-t-il été contenu au cours de la période récente par des mesures de réduction de ses charges[622]. Cette situation distingue le FSV de la branche vieillesse du régime général, dont le déficit est passé de -4,8 Md€ en 2012 à -0,3 Md€ en 2015 et pourrait laisser place à un léger excédent en 2016.

Pour l'essentiel, le déficit de la branche vieillesse du régime général est en réalité désormais porté par le FSV. Compte tenu des déficits de ce dernier, elle comptabilise au titre de chaque exercice comptable des produits relatifs aux concours financiers du FSV qui, à hauteur du déficit de ce dernier, ont pour contrepartie non des produits du fonds pour le même exercice, mais un à-valoir sur ceux de l'exercice suivant, matérialisé par des créances non rémunérées de la CNAVTS sur le FSV. Dès lors, le déficit de la branche vieillesse pour 2015 est beaucoup plus profond que celui affiché (-4,2 Md€ au lieu de -0,3 Md€).

[621] Voir le chapitre I du présent rapport : la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un déficit 2015 moindre que prévu, mais toujours élevé, une trajectoire de retour à l'équilibre incertaine.

[622] À hauteur de 1,2 Md€ en 2015 (révision du mode de calcul des prises en charge de cotisations au titre du chômage) et de 0,4 Md€ en 2016 (baisse des prises en charge de prestations au titre du minimum contributif).

Annexe n° 2

Récapitulatif des recommandations

Première partie

Poursuivre le retour à l'équilibre des comptes sociaux et faire reculer la dette de la sécurité sociale

RECOMMANDATIONS

Chapitre I – La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un déficit en 2015 moindre que prévu, mais toujours élevé, une trajectoire de retour à l'équilibre incertaine

1. fixer un objectif de retour à l'équilibre d'ici à 2019 au plus tard de l'ensemble constitué du régime général et du FSV et, spécifiquement, de la branche maladie du régime général ;
2. renforcer à cet effet les mesures structurelles d'économies sur la branche maladie, telles que celles recommandées dans les différents chapitres du présent rapport, afin de réduire durablement le rythme de progression des dépenses (recommandation réitérée) ;
3. consolider le financement du FSV par l'affectation de ressources stables et en rapport avec le niveau de ses charges de façon à assurer son équilibre financier durable ;
4. organiser sans délai la reprise par la CADES des dettes encore portées par l'ACOSS fin 2016, ainsi que de celles accumulées par le régime des exploitants agricoles et celui des mines, en prévoyant les ressources nécessaires à leur amortissement et en mobilisant par priorité à cet effet les réserves disponibles du fonds de réserve des retraites.

Chapitre II – L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une dynamique non maîtrisée des soins de ville en 2015, une vigilance nécessaire en 2016, des économies supplémentaires importantes à rechercher en 2017

5. établir un cadre de référence des modalités de construction et de révision en cours d'année de l'ONDAM, dont le contenu serait opposable, de manière à assurer la permanence des méthodes entre exercices et une comparaison rigoureuse des dépenses réalisées avec celles prévues globalement et par sous-objectif de dépenses ;
6. soumettre à l'avis du comité d'alerte de l'ONDAM prévu à l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale les ajustements, en cours d'exercice, des sous-objectifs de l'ONDAM ;

7. abaisser le niveau du seuil d'alerte afin qu'il conserve son efficacité et son rôle de régulation de la dépense d'assurance maladie (recommandation réitérée) ;

8. intégrer à l'annexe relative à l'ONDAM du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 un suivi *ex post* des économies programmées dans le plan triennal 2015-2017, permettant d'objectiver les économies réalisées au regard de celles attendues et de mettre en œuvre, au besoin, des actions correctrices ;

9. instaurer des dispositifs plus complets de suivi et de régulation infra-annuels des dépenses de soins de ville, en examinant à ce titre l'éventualité d'affecter à une réserve prudentielle tout ou partie du supplément de dépenses induit par les augmentations tarifaires en cas de non-respect de l'objectif prévisionnel de dépenses (recommandation réitérée).

Chapitre III – Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2015 : avis sur la cohérence

10. mettre fin aux contractions de produits et de charges dans les tableaux d'équilibre, non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (recommandation réitérée).

Deuxième partie

Maîtriser plus vigoureusement les dépenses de santé pour assurer un accès plus équitable aux soins

RECOMMANDATIONS

Chapitre IV – La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir

11. engager rapidement l'harmonisation des assiettes des tickets modérateurs entre tous les établissements de santé publics et privés ;

12. étendre les mesures visant à limiter le reste à charge des ménages résultant des secteurs à liberté tarifaire en renforçant les critères d'éligibilité des contrats « responsables » ;

13. adopter des mesures plus contraignantes de limitation des taux de dépassements d'honoraires ;

14. réorienter une partie des soutiens publics à la souscription d'une couverture complémentaire vers les assurés aux risques les plus élevés.

Par ailleurs, la Cour propose les orientations suivantes :

(i) étudier le scénario d'une généralisation obligatoire des couvertures complémentaires santé accompagnée d'une plus grande homogénéité des niveaux de garantie et de participation financière des assurés ;

(ii) envisager de resserrer le « panier de soins » remboursables par l'assurance maladie, afin d'améliorer les niveaux de prise en charge, notamment à l'hôpital ;

(iii) viser une séparation plus poussée des domaines d'intervention respectifs de l'assurance maladie et des organismes complémentaires afin de renforcer la capacité d'action de chaque financeur dans la gestion des risques et la maîtrise du coût des soins et des produits de santé ;

(iv) étudier la mise en place d'un plafonnement des restes à charge accompagné d'une reconsidération des modalités de prise en charge des affections de longue durée.

Chapitre V – La prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre

15. assurer un suivi exhaustif et précis des dépenses d'ALD, de leurs évolutions et de leurs déterminants afin de mieux anticiper et maîtriser les prises en charge ;

16. mettre en œuvre des actions de réduction des atypies de dépenses, notamment des disparités territoriales de coûts moyens de prise en charge, pathologie par pathologie ;

17. substituer au paiement à l'acte un système de rémunération forfaitaire pour les médecins prenant en charge des malades chroniques en ALD, modulable suivant l'état de santé du patient et le stade d'avancement de la pathologie, assorti d'indicateurs permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge ;

18. expérimenter, pour certaines pathologies chroniques, un dispositif d'enveloppe globale et modulable de dépenses par patient atteint de maladie chronique, couvrant l'ensemble des prestations nécessaires et des rémunérations des professionnels de santé.

Chapitre VI – Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder

19. définir et mettre en œuvre une stratégie globale en faveur de la santé bucco-dentaire, appuyée sur des enquêtes épidémiologiques périodiques et déclinée en plans d'action ;

20. instaurer une procédure d'accréditation garantissant la qualité et la sécurité des soins délivrés dans les cabinets dentaires, en lien avec l'établissement d'indicateurs pertinents par la Haute Autorité de santé ;

21. instituer par une disposition législative une obligation de transmission à l'assurance maladie obligatoire et aux assureurs complémentaires des informations relatives à l'ensemble des actes, y compris non remboursables, en conditionnant les prises en charge de cotisations sociales au respect de cette obligation ;

22. mettre en place, à partir des bases de données de l'assurance maladie, des requêtes standardisées et automatisées permettant de détecter les actes et facturations atypiques et de sanctionner effectivement les praticiens fautifs ;

23. plafonner par la voie législative les tarifs des actes prothétiques les plus fréquents ;

24. mettre en place un conventionnement sélectif des chirurgiens-dentistes, comme le permet la loi de financement pour 2016 ;

25. publier sans délai le décret fixant, dans les contrats responsables, des plafonds aux tarifs pris en charge par les organismes d'assurance complémentaire en matière de soins bucco-dentaires ;

26. lever les obstacles au développement et au fonctionnement des réseaux de soins bucco-dentaires, notamment en leur garantissant un accès intégral aux données de facturation.

Par ailleurs, la Cour propose l'orientation suivante :

(i) *réorganiser à moyen terme les responsabilités et les financements entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances maladie complémentaires, à la première revenant de financer à 100 % un suivi annuel obligatoire et les soins conservateurs associés, aux secondes de prendre en charge le financement des soins prothétiques au premier euro, en veillant à la neutralité financière pour l'assurance maladie obligatoire de ce nouveau modèle.*

Troisième partie

Rendre l'hôpital plus efficient

RECOMMANDATIONS

Chapitre VII – La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : une nécessaire responsabilisation des prescripteurs

27. améliorer le suivi annuel des dépenses d'imagerie et de biologie dans les établissements de santé par la mise en place d'une enquête spécifique pilotée par l'ATIH ;

28. conditionner à l'identification individuelle des prescripteurs l'exécution des prescriptions émises en établissement et effectuées en ville comme réalisées à l'hôpital ;

29. élaborer et diffuser des référentiels de bonnes pratiques adaptés à l'exercice hospitalier ;

30. inclure dans les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins l'ensemble des prescriptions médicales, exécutées en ville comme réalisées à l'hôpital et en rendre co-signataire avec le directeur de l'établissement, le président de la commission médicale d'établissement ;

31. mettre en œuvre un dispositif de minoration tarifaire se déclenchant automatiquement en cas de non-respect des objectifs contractuels de maîtrise des prescriptions.

Chapitre VIII - La modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficience du système de soins à renforcer

32. maintenir le cap de la stratégie « Hôpital numérique » et engager sans tarder les travaux préparatoires à son deuxième palier, en l'orientant vers la convergence des systèmes d'information au sein des groupements hospitaliers de territoire ;

33. subordonner le soutien financier aux investissements informatiques à la réalisation de gains d'efficience, contractualisés dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ;

34. bâtir au niveau régional une expertise en matière de maîtrise d'ouvrage, pour venir en appui aux projets informatiques hospitaliers en mobilisant, avec le soutien de l'ANAP, les GCS « e-santé » existants ;

35. rendre opposables aux éditeurs de logiciels les référentiels d'interopérabilité et de sécurité en vigueur et intensifier les travaux d'élaboration des référentiels « métiers » ;

36. rappeler les modalités d'application des règles de la commande publique pour les établissements adhérant à des structures de coopération qui éditent des logiciels ;

37. intégrer la stratégie d'ouverture et de convergence des systèmes d'information hospitaliers dans une approche plus large d'informatique de santé partagée avec les autres acteurs du système de soins.

Quatrième partie

Assurer la soutenabilité des retraites

RECOMMANDATIONS

Chapitre IX – Les réformes des retraites des salariés du secteur privé : un redressement financier significatif, une méthode à redéfinir pour les nouveaux ajustements qui seraient nécessaires

38. fonder les prévisions financières des régimes de retraite sur l'élaboration par un organisme indépendant d'un scénario central assorti d'une ou deux variante(s) et privilégier à ce titre un horizon à 15/25 ans (2030/2040), tout en conservant la référence à un horizon plus lointain (2060) ;

39. organiser une concertation systématique entre l'État, les partenaires sociaux et les gestionnaires des régimes sur l'évolution financière des régimes de salariés du secteur du privé, les perspectives d'ajustements en résultant, et plus généralement le respect des objectifs fixés par la loi du 20 janvier 2014 dans le cadre d'une instance commune à créer ;

40. dans le cadre de cette dernière, déterminer par anticipation les modalités d'ajustement des paramètres des retraites des salariés du secteur privé qui pourraient être mises en œuvre afin d'assurer l'équilibre financier des régimes par la voie de mesures cohérentes, progressives, équitables et évitant tout retard ;

41. dans cette perspective, confier au Conseil d'orientation des retraites la mission d'identifier les modalités d'ajustement à la disposition des pouvoirs publics et des partenaires sociaux, d'analyser leur incidence financière et de mesurer leurs effets sur la situation des assurés au cas particulier des retraites des salariés du secteur privé.

Cinquième partie

Dégager des gains d'efficience et améliorer les performances de la gestion

RECOMMANDATIONS

Chapitre X – La certification des comptes des régimes de base de sécurité sociale : une première étape réussie, de nouveaux enjeux

42. faire respecter l'obligation légale de certification fixée par le code de la sécurité sociale pour les régimes de sécurité sociale gérés par la Caisse des dépôts et consignations ainsi que pour le régime de retraite de la Banque de France ;

43. faire de la levée des réserves sur les comptes un axe prioritaire des prochaines conventions d'objectifs et de gestion ;

44. élargir par la voie d'une disposition législative le champ des échanges d'informations entre la Cour des comptes et les commissaires aux comptes des entités liées par des flux financiers et informationnels aux organismes du régime général de sécurité sociale ;

45. engager, par étapes, la construction de comptes combinés par risque de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les soumettre à une procédure de certification ;

46. faire converger progressivement le calendrier de certification des comptes des organismes de sécurité sociale avec celui des comptes de l'État ;

47. inscrire dans les annexes aux comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale les engagements pluriannuels à l'égard des titulaires de pensions et de rentes et de leurs ayants-droits, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à la date de clôture des comptes (recommandation réitérée) ;

48. redéfinir le partage des responsabilités entre les organismes concernés en matière de contrôle des données des répertoires interbranches mutualisés.

Chapitre XI - La gestion des personnels des organismes de sécurité sociale : une stratégie de modernisation à définir sans tarder

49. mettre en œuvre de façon prioritaire une analyse prévisionnelle à moyen (5 ans) et à long terme (dix ans) des emplois, des compétences et des organisations cibles ;

50. mobiliser activement les gains de productivité, en faisant progressivement converger la durée de travail avec la durée légale, en faisant de la lutte contre l'absentéisme une priorité, en levant les obstacles conventionnels aux mobilités géographiques et fonctionnelles et en tirant tout le parti des départs massifs à la retraite des prochaines années pour procéder à des réorganisations porteuses d'efficience, et ajuster les effectifs en conséquence ;

51. renforcer le caractère incitatif de l'intéressement, notamment au regard de la lutte contre l'absentéisme ;

52. engager une réflexion sur le transfert du pouvoir d'employeur des organismes locaux aux organismes nationaux de sécurité sociale et l'élargissement du rôle de l'UCANSS.

Chapitre XII - La fonction informatique dans la sécurité sociale : un renforcement indispensable

53. reconnaître aux organismes nationaux une autorité fonctionnelle et hiérarchique sur l'ensemble des agents et des moyens affectés à la maîtrise d'ouvrage, aux développements et à l'exploitation informatiques ;

54. regrouper la fonction informatique sur un nombre beaucoup plus réduit de sites, en prenant en considération les perspectives démographiques et les implantations des réseaux de l'ensemble des régimes et branches ;

55. consolider les compétences internes, en réorientant les agents vers des tâches à plus forte valeur ajoutée grâce à une gestion prévisionnelle active des emplois et des compétences, en recrutant les profils de haut niveau nécessaires en petit nombre pour assurer en interne la complète maîtrise des projets structurants et en encadrant plus fortement le recours aux prestataires externes ;

56. développer les synergies entre les institutions de sécurité sociale en matière notamment d'achats informatiques, de mobilité des agents et d'utilisation des infrastructures.

Chapitre XIII – La caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines : une survie artificielle, une suppression à organiser

57. procéder à la fermeture de la caisse des mines à un horizon de cinq ans ;

58. amplifier par priorité la restructuration de l'offre de soins dans un objectif d'externalisation de la gestion de ses composantes ayant vocation à être pérennisées ;

59. gérer dans cette perspective en coûts complets les structures de soins en incluant la totalité des frais de structure qui s'y rattachent ;

60. mettre en œuvre une gestion active des ressources humaines afin d'assurer le transfert des agents en surnombre vers d'autres employeurs publics et privés ;

61. transformer la subvention de l'État à la branche vieillesse en une subvention d'équilibre et organiser l'amortissement par la CADES de la dette du régime.

Réponse des administrations et organismes concernés

Réponse commune du ministre des finances et des comptes publics, de la ministre des affaires sociales et de la santé et du secrétaire d'État chargé du budget 614

Réponse du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) 626

Chapitre IV La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir 641

Réponse du président de la Fédération française de l'assurance (FFA).. 641

Réponse du président de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) 644

Réponse du président de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) 649

Réponse du président du Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) 651

Chapitre VI Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder 654

Réponse de la présidente du collège de la Haute Autorité de santé (HAS) 654

Réponse du président de la Fédération française de l'assurance (FFA).. 654

Réponse du président de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) 656

Réponse du président du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes (ONCD) 658

Chapitre VII La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical 662

Réponse de la directrice du centre hospitalier Jacques-Cœur de Bourges 662

Réponse du directeur général du groupe hospitalier de la région de Mulhouse et Sud Alsace 662

Chapitre VIII La modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficience du système de soins à renforcer 663

Réponse du directeur général de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) 663

Réponse du directeur général des Hospices civils de Lyon 665

Réponse de la directrice générale du centre hospitalier universitaire de Nîmes 666

Réponse du directeur général du centre hospitalier d'Ajaccio 666

Réponse de l'administrateur du GIE HOPSIS 669

Chapitre IX Les réformes des retraites des salariés du secteur privé : un redressement financier significatif, une méthode à redéfinir dans la perspective de nouveaux ajustements 671

Réponse du directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) 671

Réponse commune du président de l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC), du vice-président de l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC), du président de l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (ARRCO) et du vice-président de l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (ARRCO) 672

Chapitre X La certification des comptes des régimes de base de sécurité sociale : une première étape réussie, de nouveaux enjeux .. 675

Réponse du directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) 675

Réponse du directeur général de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) 676

Réponse du directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) 677

Réponse de la présidente du Haut conseil du commissariat aux comptes 678

Réponse de la secrétaire générale de la Banque de France 681

Réponse du directeur général de la Caisse des dépôts et consignations . 682

Réponse du président de la Compagnie nationale des commissaires aux comptes (CNCC) 683

Chapitre XI La gestion du personnel des organismes de sécurité sociale : une stratégie de modernisation à définir sans tarder 688

Réponse du directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) 688

Réponse du directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) 692

Réponse du directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) 694

Réponse du directeur de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) 695

Chapitre XII La fonction informatique dans la sécurité sociale : un renforcement indispensable 702

Réponse du directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) 702

Réponse du directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) 703

Réponse du directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) 705

Chapitre XIII La caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines : une survie artificielle, une suppression à organiser 707

Réponse du directeur général de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) 707

Destinataires n'ayant pas d'observations à formuler

Directeur général du conseil d'administration de l'Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs (ANGDM)
Directeur de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)
Directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)
Directeur de la Caisse nationale des industries électriques et gazières
Directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI)
Directeur de l'établissement national des invalides de la marine (ENIM)
Directeur de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SCNF
Directeur général de l'Agence régionale de santé Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes
Directeur général du centre hospitalier Annecy Genevois
Directeur de l'hôpital Nord Franche-Comté
Directeur du centre hospitalier de Perpignan
Directeur général de l'hôpital Saint-Joseph et Saint-Luc
Directeur général du centre hospitalier régional universitaire de Lille
Directrice générale du centre hospitalier universitaire – Hôpitaux de Rouen
Directeur général du centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne
Directeur général du centre hospitalier de Boulogne-sur-mer
Directeur général du centre hospitalier de Cannes
Directeur général du centre hospitalier Côte de Lumière des Sables d'Olonne
Directeur général du centre hospitalier de Lisieux Robert Bisson
Directrice générale du centre hospitalier des Pays de Morlaix
Directeur général du centre hospitalier Sainte-Catherine de Saverne
Directeur général du centre hospitalier de Valenciennes
Directeur du centre hospitalier de Vierzon
Directeur général du centre de lutte contre le cancer Léon Bérard
Directeur de l'Institut de cancérologie de la Loire Lucien Neuwirth

Destinataires n'ayant pas souhaité rendre leurs observations publiques

Président du Conseil d'orientation des retraites (COR)
Directeur du centre hospitalier Jacques Lacarin de Vichy

Destinataires n'ayant pas répondu

Directeur de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
Directeur de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS)
Président du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)
Directrice générale de l'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM)
Directrice générale du centre hospitalier universitaire Grenoble Alpes
Directrice du groupe hospitalier public du Sud de l'Oise
Directrice générale du centre hospitalier du Blanc
Directeur général du centre hospitalier de Cahors
Directeur général du centre hospitalier de Laval
Directeur général du centre hospitalier du Mans
Directeur général du centre hospitalier de Vitré

RÉPONSE COMMUNE DU MINISTRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS, DE LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ ET DU SECRÉTAIRE D'ÉTAT CHARGÉ DU BUDGET

Les conclusions des travaux de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) constituent, comme chaque année, une contribution importante à l'élaboration par le gouvernement des politiques de protection sociale et au pilotage des finances sociales.

***1. Concernant les perspectives financières des régimes de sécurité sociale**, le Gouvernement accueille positivement les éléments du rapport de la Cour qui indiquent que les comptes de la sécurité sociale se situent sur une trajectoire, particulièrement attendue, de retour à l'équilibre. Ce redressement porte sur l'ensemble des quatre branches du régime général, et le déficit du régime général est revenu au niveau d'avant crise. La branche vieillesse, quasiment à l'équilibre en 2015, devrait être en excédent cette année, pour la première fois depuis 2004, grâce aux différentes réformes qui ont été engagées. Le déficit de la branche maladie se réduit grâce notamment au ralentissement des dépenses de santé permis par le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), qui a évolué au rythme le plus faible observé depuis 1997. Le déficit de la branche famille s'est réduit lui aussi fortement, les dépenses ayant été modérées par la faible inflation et les mesures de réforme de la politique familiale.*

La Cour signale en outre, à raison, que c'est la maîtrise de la progression des dépenses qui a permis en 2015, pour l'essentiel, cette amélioration nettement plus forte que prévu, tandis que le Gouvernement, conformément à ses engagements, n'a pas adopté de mesure nouvelle tendant à accroître le rendement des recettes. La progression plus rapide que prévu de ces dernières illustre en réalité la prudence des hypothèses retenues par le Gouvernement, comme le signale justement la Cour.

Au-delà, même si le déficit nominal du régime général semble proche de la période précédant la crise, cette comparaison masque en réalité un redressement marqué du solde structurel des régimes de sécurité sociale. Sur le seul régime général, les comptes se situent à l'équilibre structurel depuis 2014 ainsi qu'il est rappelé dans le « programme de qualité et d'efficience financement» du PLFSS 2016, alors qu'en 2011, ce déficit structurel représentait 0,6 point de PIB. À ce sujet, la Cour surestime par ailleurs le déficit structurel du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) en considérant que la modification des modalités de recouvrement des cotisations dans les

secteurs où existent des caisses de congés payés constitue une recette non pérenne. En effet, si ces recettes ont contribué à court terme à limiter l'impact sur les comptes du régime général des pertes de recettes consécutives au Pacte de responsabilité, leur rendement décroissant a été compensé par l'État, dès 2016. Ce qui en assure la pérennité.

Le Gouvernement se réjouit, enfin, que la Cour, qui n'estimait pas possible l'année précédente un retour à l'équilibre avant 2020, n'envisage plus dans ses prévisions d'exercice déficitaire au-delà de 2019.

S'agissant de l'exercice 2016 nous souhaitons confirmer à la Cour, qui écrit qu'elle considère que cette opération serait « discutable », qu'il nous apparaît nécessaire de prendre en compte dans le résultat de l'année en cours la part de CSG, effectivement encaissée en janvier 2016, qui constitue désormais une ressource de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) alors qu'antérieurement à l'entrée en vigueur des dispositions de l'article 32 de la LFSS pour 2016 relatives à la protection universelle maladie cette ressource ne pouvait être comptabilisée comme produit en raison des modalités de son affectation aux autres régimes d'assurance maladie. Il ne s'agit nullement d'une évolution de la méthode comptable, qui devrait être traitée au bilan, mais bien d'un changement de la nature et de l'affectation de l'opération, puisque la loi dispose désormais que cette source de financement est affectée au régime général pour la totalité de son produit, ce qui a pour nécessaire conséquence de devoir lui appliquer les règles de comptabilisation et d'enregistrer un produit exceptionnel au titre de la contribution sociale généralisée (CSG) qui ne pouvait, auparavant, être affectée.

La Cour insiste sur la nécessité de prévoir l'amortissement des déficits à venir, notamment des branches vieillesse et maladie, ainsi que du FSV. Le choix que nous avons fait dans le cadre de la LFSS pour 2016 d'utiliser pleinement les capacités de reprise de dette de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) se justifie pour éviter tout risque financier sur l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et profiter au mieux des conditions actuelles de financement et réduire les coûts associés. Si ce choix implique le maintien à l'ACOSS d'un besoin de trésorerie effectivement non négligeable, le financement de celui-ci est pleinement assuré, notamment du fait de la forte réduction des déficits engagée et qui va se poursuivre. Il importe également d'intégrer dans cette réflexion sur l'amortissement l'arrivée à échéance maintenant relativement rapprochée de la dette sociale portée par la CADES. En outre, l'existence des surplus du Fonds de réserve pour les

retraites (FRR) doit être prise en compte pour donner une vision juste de l'état des finances sociales et des perspectives pluriannuelles.

Pour ces raisons, le Gouvernement ne peut souscrire à la proposition de la Cour qui impliquerait d'augmenter la CSG et la CRDS supportées par les ménages en vue d'amortir plus rapidement que prévu la dette qui reste détenue, sans que cette urgence soit justifiée puisque, comme la Cour le signale elle-même, la dette sociale recule déjà à la suite des efforts de redressement entrepris.

***2. Concernant l'assurance maladie**, il convient de souligner que l'ONDAM 2015 a été respecté tant en niveau qu'en taux d'évolution, pour la sixième année consécutive. Le taux d'évolution constaté est de 2,0 % après 2,4 % en 2014. Cette contribution de l'ONDAM au redressement des comptes publics s'est, comme le souligne la Cour, accompagnée d'un renforcement progressif de la méthodologie associée, suivant une démarche comparable à celle qui a prévalu pour la norme de dépenses de l'État, et qui devra être poursuivie dans les années à venir. Cette maîtrise des dépenses, qui a abouti à la plus faible évolution de l'ONDAM depuis 1997, résulte de la première année de déploiement du plan d'économies triennal 2015-2017. La poursuite de ce plan en 2016 et 2017 devra permettre de maintenir un taux d'évolution des dépenses maîtrisé dans le cadre de la trajectoire de retour à l'équilibre de la branche maladie.*

La dynamique des soins de ville relevée par la Cour est à relativiser, ceux-ci s'inscrivant en décélération après la première année d'arrivée des nouveaux traitements onéreux contre l'hépatite C, ces traitements ayant poursuivi leur progression en 2015. L'évolution des soins de ville ralentit à +2,5 % en 2015 après +2,9 % en 2014 ce qui ne correspond pas à la « dynamique non régulée » qu'évoque la Cour. Les nouveaux dispositifs de régulation du médicament ont été mis en œuvre, de manière marginale pour les traitements pour l'hépatite C, les dépenses ayant été proches de la prévision, et concernant le nouveau mécanisme du taux L, celui-ci a également été activé, mais pour un rendement limité, ce qui traduit la mise en œuvre effective d'économies importantes sur les produits de santé.

La poursuite de la maîtrise globale de l'ONDAM en 2016 et notamment des soins de ville nécessitera un effort de vigilance accru au vu de la dynamique observée en début d'année.

***3. S'agissant de la participation au financement des dépenses de santé**, l'évolution de la structure des financements entre assurance maladie obligatoire (AMO), organismes complémentaires (OC) et patients appelle plusieurs précisions afin de nuancer la présentation qui est faite d'une « l'érosion » de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et d'un « report croissant » vers les organismes complémentaires.*

En effet, cette présentation ne correspond pas à la réalité de l'évolution suivie depuis le début de ce quinquennat : après une diminution marquée de la prise en charge par l'AMO jusqu'en 2011, entraînant un report sur les OC et les patients, la tendance s'est nettement inversée à partir de 2012, ainsi que le montre le graphique n° 8. Cela traduit une politique mettant fin aux transferts de charges de l'AMO vers les OC et les ménages, améliorant de façon ciblée la prise en charge par l'AMO (suppression des franchises médicales pour les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS), gratuité de la contraception pour les mineures, de l'interruption volontaire de grossesse (1VG), du dépistage organisé du cancer du sein; avenants de 2012 et 2013 à la convention dentaire), ainsi que par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) (extension de la population couverte, revalorisation des paniers de prise en charge de la CMU-C), et la maîtrise des dépassements d'honoraires. Le reste à charge des ménages diminue de façon continue depuis 2011.

Dès lors, la présentation de l'évolution des taux de prise en charge pour les patients en affection de longue durée (ALD) et non-ALD entre 2002 et 2013 aurait gagné à être précisée dans sa chronologie.

Par ailleurs, il semble discutable d'inclure dans un même propos des mesures de transfert de charge vers les OC et les ménages ou la dérive de tarifs dépassant le tarif opposable, et la gestion active du périmètre de remboursement des produits de santé résultant de la réévaluation en continu de leur service médical rendu.

Si des restes à charge élevés après couverture par l'AMO peuvent subsister dans certains cas, la conjonction d'une couverture à 100% pour les pathologies chroniques d'une part et d'un financement par des prélèvements proportionnels aux revenus et indépendants de l'état de santé d'autre part donnent à notre système public d'assurance maladie une très forte capacité de mutualisation pour la prise en charge des soins coûteux, notamment au regard de ce qui se fait dans d'autres pays. La maîtrise des dépassements d'honoraires ainsi que l'encadrement des valeurs de tarifs journaliers de prestations (TJP) engagés depuis 2012 contribuent à limiter les restes à charge les plus élevés.

Par ailleurs, la présentation d'un « report croissant, coûteux et inégalitaire vers les organismes complémentaires » doit être fortement nuancée. D'une part, de la politique engagée depuis 2012, la part des dépenses mises à la charge des OC s'est stabilisée en 2012 puis a diminué en 2014.

D'autre part, le Gouvernement s'est engagé dans une politique sans précédent en faveur de l'accès de tous à une complémentaire santé de qualité, afin que le financement par les organismes complémentaires contribue de façon efficace et équitable à la couverture des restes à charge des assurés.

Ainsi, l'extension de l'accès à la couverture complémentaire résulte d'une part de la généralisation de la couverture complémentaire en entreprise, instaurée par la loi de sécurisation de l'emploi, d'autre part du relèvement des plafonds de ressources d'accès à la CMU-C et de PACS, ainsi que de la réforme de cette dernière aide, par une sélection, dans le cadre d'une mise en concurrence, d'organismes complémentaires répondant à des critères d'exigence notamment en matière de prix et de garanties, qui permet aux bénéficiaires de PACS d'être orientés vers des contrats moins coûteux et plus adaptés à leurs besoins, de façon à améliorer le recours à cette prestation.

Par ailleurs, afin d'améliorer la contribution des OC à la réduction du reste à charge, ces dispositifs s'inscrivent dans le cadre des contrats responsables qui permet, par l'instauration de prises en charge planchers et plafonds, de garantir un niveau minimal de prise en charge par la complémentaire santé ainsi que de réguler les dépenses de santé. Cette réforme permet de répondre à deux critiques adressées par la Cour des comptes :

- *le niveau de certains restes à charge : en effet, en intégrant dans le plancher de prise en charge une obligation de couverture du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, la réforme des contrats responsables contribue à réduire une des sources majeures de restes à charge très élevés ;*
- *l'encouragement à la progression de certains tarifs : les plafonds de prise en charge permettent de limiter la hausse des garanties souscrites et leur effet inflationniste.*

Enfin, la dernière loi de financement de la sécurité sociale a établi un label identifiant, pour les personnes d'au moins 65 ans, des contrats ayant des tarifs plafonnés pour des niveaux de garantie définis en fonction des besoins de cette population exposée à un renchérissement de

ses garanties du fait de l'âge, afin de lui garantir l'accès à des contrats présentant un meilleur rapport qualité/prix.

Les réformes à l'œuvre tendent à réduire le coût de la couverture complémentaire pour les ménages, que ce soit à travers la généralisation de la couverture en entreprise (du fait des meilleurs rapports qualité/prix des contrats collectifs), de la mise en concurrence des contrats ACS ou de la labellisation des contrats pour les seniors. Les masses financières disponibles pour une réorientation des aides à la complémentaire santé sont donc limitées, et leur ciblage accru vers certains publics, préconisé par le rapport, pourrait être contradictoire avec les risques, pointés par le même rapport, de complexification et de segmentation.

Ces évolutions récentes, sans réduire le périmètre de prise en charge de l'AMO ni modifier ses modalités, permettent d'une part de garantir l'accès aux soins en limitant le reste à charge, d'autre part de maintenir une trajectoire de réduction progressive du déficit de la branche maladie.

Cette attention portée à l'accès aux soins se traduit également par la politique menée en matière d'ALD. Le gouvernement a souhaité, avec l'article 198 de la loi de modernisation de notre système de santé, simplifier le régime des affections de longue durée en assouplissant les conditions d'élaboration du protocole de soins pour le patient, et assurer un examen rapide de la demande par le service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie. Cette mesure de simplification vise à améliorer le traitement des demandes des assurés, sans toutefois perdre de vue la nécessité de contenir la progression des dépenses au titre de la prise en charge en ALD. Ainsi, une attention forte est portée au suivi et à l'analyse des dépenses d'ALD. Les constats faits par la Cour relatifs aux atypies de dépenses, notamment au regard de disparités territoriales de coûts moyens de prise en charge, appellent une mobilisation de l'assurance maladie, en lien avec l'État, permettant d'identifier tant les moyens permettant de mobiliser les acteurs - réseau des caisses d'assurance maladie, professionnels de santé - et que de mener les expertises nécessaires pour identifier les leviers d'actions correctrices à mettre en œuvre.

Les propositions de la Cour relatives aux évolutions du système de tarification du dispositif des ALD nécessitent des expertises poussées au regard de leurs faisabilité et degré d'acceptabilité politique sur un sujet sensible en termes d'accès aux soins des assurés et de rémunération des professionnels de santé.

De même que les ALD, l'amélioration de l'accès aux soins-bucco-dentaires est une priorité pour le Gouvernement, qui assigne trois objectifs principaux aux négociations qui débuteront prochainement entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des chirurgiens-dentistes libéraux.

En premier lieu, l'amélioration de l'accès financier aux soins implique de réduire le reste à charge des ménages sur les soins dentaires, en mettant un coup d'arrêt à la progression des dépassements d'honoraires dès 2017. Il existe aujourd'hui des dépassements tarifaires importants sur les soins prothétiques et orthodontiques en dépit des engagements antérieurs de maîtrise des honoraires. Les négociations devront porter sur les modalités permettant d'atteindre cet objectif : régulation des dépassements tarifaires sur certaines activités, revalorisation d'activités répondant à des besoins de santé publique, amélioration de l'information des patients sur les pratiques tarifaires des chirurgiens-dentistes. Les actions permettant l'accès aux soins dentaires pour les plus fragiles devront par ailleurs être renforcées, en particulier à destination des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), mais aussi de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), en application des dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé.

Ces négociations devront également permettre d'améliorer la qualité et la pratique des professionnels, ainsi que le renforcement de la prévention et du suivi bucco-dentaire. Des actions de prévention pourraient ainsi être développées à différents âges de la vie, dans le prolongement du dispositif « M'T dents » mis en œuvre pour les enfants de 6 à 18 ans puis les femmes enceintes depuis 2012, ou au bénéfice de publics spécifiques, en particulier les personnes âgées ou handicapées.

Enfin, les discussions viseront à améliorer la répartition des professionnels sur l'ensemble du territoire. Cet objectif d'accès aux soins de proximité correspond à un souci constant de la politique du gouvernement, à travers le pacte territoire santé. Un dispositif de régulation du conventionnement des nouveaux professionnels de santé libéraux dans les zones sur-denses pourrait y contribuer.

***4. Concernant l'hôpital,** la maîtrise des prescriptions hospitalières constitue en effet un levier de performance essentiel. La Cour souligne, à raison, que cette maîtrise doit être renforcée. La création du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES), qui se substitue à une gamme de contrats préexistants, devrait permettre une approche intégrée de l'ensemble de la prescription hospitalière. La Cour insiste ensuite sur la nécessité du suivi individuel et de*

l'accompagnement des prescripteurs, lesquels doivent en effet s'inscrire prioritairement dans le cadre de la gestion interne de l'établissement. La mise en place de plateformes hospitalières de centralisation de la commande limitera ainsi les dépenses liées aux prescriptions de transports, en permettant notamment aux établissements d'identifier et de responsabiliser leurs prescripteurs. Le programme PHARE doit également conduire la communauté médicale, à travers une réflexion collective et un dialogue avec les pharmaciens hospitaliers et les acheteurs, à optimiser la prescription sans diminuer la qualité de la prise en charge. Le déploiement du numéro répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et la généralisation de logiciels d'aide à la prescription intégrant des critères d'efficience sont également des priorités clairement identifiées, faisant actuellement l'objet de travaux. Enfin, les signaux tarifaires ne doivent pas contrecarrer les bonnes pratiques de prescription ou de recours aux soins. Ainsi la dynamique de dépenses de la liste en sus doit-elle en premier chef correspondre au juste besoin de soins. Sur ce champ, l'accompagnement des prescripteurs doit ainsi être préféré à leur responsabilisation financière.

S'agissant des systèmes d'information hospitaliers, le programme hôpital numérique a permis aux systèmes d'information hospitaliers (SIH) de franchir un cap en termes de maturité, grâce aux prérequis et à un paiement des établissements « à l'usage », qui permet de garantir que les projets financés sont bien effectifs. Il importe de poursuivre cette dynamique, comme le préconise la Cour des comptes, en s'assurant que les SIH sont bien articulés et au service des parcours des patients et d'une approche de plus en plus territorialisée de l'offre de soins, en lien avec la mise en place des groupements homogènes de traitement (GHT) et les enseignements tirés du programme « Territoires de soins numériques ». Ce sera l'un des objectifs du programme d'investissement récemment annoncé que de permettre cette convergence progressive des systèmes d'informations hospitaliers, de la ville et du médico-social.

***5. Concernant la branche vieillesse,** son déficit a diminué de façon encore plus substantielle que celui de la branche maladie. La Cour relève à juste titre que les réformes successives ont contribué à un redressement significatif de la trajectoire financière des régimes de retraites.*

Ainsi et pour la première fois depuis plus de dix ans, la branche vieillesse du régime général sera excédentaire cette année. De même, le rapport et l'avis du Conseil d'orientation des retraites (COR) et du Comité de suivi des retraites, remis cet été, soulignent l'amélioration très nette des projections financières à long terme permise par les réformes menées. Si la Cour rappelle à juste titre la sensibilité des projections aux

scénarios économiques retenus, nous relevons que le solde financier du système de retraite dans son ensemble est, dans les scénarios favorables et médians du COR, équilibré dès le milieu des années 2020 et à long terme.

À cet égard, nous rappelons que la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites s'est attachée à la fois à créer des solidarités nouvelles (départs anticipés pour celles et ceux qui ont eu une carrière particulièrement longue, compte personnel de prévention de la pénibilité, ...) tout en garantissant la pérennité du système de retraites par répartition, par un effort justement réparti entre les actifs, les entreprises et les retraités eux-mêmes. De même, l'accord trouvé à l'automne dernier par les partenaires sociaux gestionnaires des régimes complémentaires AGIRC et ARRCO témoigne de la capacité du dialogue social à apporter des réponses adaptées et équilibrées aux enjeux de financement de ces régimes dans le respect des principes de solidarité et d'équité.

Désormais, et le Gouvernement rejoint pleinement la préoccupation de la Cour, l'enjeu est d'accompagner dans la durée ce rétablissement et l'évolution de notre système. L'efficacité du pilotage du système de retraite est en effet essentielle pour en garantir la pérennité autant que la confiance que lui accordent les différentes générations.

C'est la raison pour laquelle nous sommes très attachés au rôle joué par le Conseil d'orientation des retraites. Nous tenons à saluer la qualité de ses travaux d'études et de ses projections d'une palette étendue de scénarios économiques, indispensables au débat public et à la décision politique, ainsi que son rôle structurant de dialogue et de concertation entre l'ensemble des acteurs du système de retraites et notamment les partenaires sociaux.

C'est également la raison pour laquelle nous avons institué, lors de la réforme de 2014, un mécanisme novateur de pilotage, chargé de garantir dans la durée le respect des objectifs financiers, de solidarité et d'équité assignés au système de retraite. S'appuyant notamment sur un document annuel du COR, le Comité de suivi des retraites, examine désormais chaque année l'ensemble des paramètres du système de retraite et leurs effets et peut formuler des recommandations publiques s'il estime que celui-ci s'éloigne significativement de ses objectifs. La mise en place depuis trois ans de ce nouveau mécanisme répond aux enjeux relevés par la Cour et permet d'en finir avec un pilotage à vue de notre système, en organisant un pilotage global, objectif et permanent de la soutenabilité et de l'efficacité du système de retraite.

6. S'agissant de l'établissement des comptes donnant lieu aux exercices de certification *par la Cour des comptes (pour le régime général) et par des commissaires aux comptes (pour les autres régimes), le Gouvernement, suivant un avis récent du Conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP), partage l'intérêt qu'il y aurait à ce que soient examinés les moyens de compléter le cas échéant l'information comptable produite par les organismes avec des éléments relatifs à l'équilibre prospectif des régimes de retraite. Ces éléments devraient être établis en cohérence avec les différents travaux du COR. L'information séparée sur les seules prestations à verser par ces régimes au titre des personnes déjà retraitées nous parait quant à elle fournir une image tronquée, voire trompeuse, pour des régimes dont une caractéristique fondamentale est de fonctionner en répartition - ce qui n'est pas exactement transposable pour les retraites des fonctionnaires de l'État qui applique aujourd'hui une présentation différente dans l'annexe à ses comptes. Dans un tel système existe en effet par principe un caractère indissociable entre d'une part les retraites des futurs pensionnés, qu'ils soient aujourd'hui retraités ou encore actifs, et d'autre part entre retraites versées et ressources, notamment cotisations, acquises sur une même période.*

Le Gouvernement est pleinement favorable à la recommandation formulée par la Cour d'une évolution du calendrier de certification de la sécurité sociale, et notamment de la date de publication du rapport produit par la Cour, afin qu'il converge avec celui appliqué pour les comptes de l'État. Il s'attachera également à examiner les moyens de faciliter les échanges entre la Cour et les commissaires aux comptes afin de tenir compte des interactions financières et de gestion entre les différents organismes ou régimes. Tout comme la Cour et le CNoCP, le Gouvernement s'interroge enfin sur les perspectives d'établissement de comptes combinés sur des périmètres plus larges que ceux des régimes (comptes par branches notamment) tout en percevant l'importance des questions conceptuelles et juridiques, actuellement non résolues, auxquelles il conviendrait sans doute de répondre dans la mesure où les périmètres correspondants ne seraient pas associés à une entité dotée de la personnalité morale.

7. Concernant la gestion des caisses de sécurité sociale, *celle-ci fait l'objet d'une attention particulière, notamment en matière de ressources humaines. Comme la Cour l'indique, nous souhaitons souligner l'importance des efforts réalisés par les organismes pour maîtriser leurs coûts de gestion notamment en matière de masse salariale. La conjonction des réductions d'effectifs et d'une politique salariale maîtrisée permet de contribuer de façon très significative aux économies demandées aux organismes sociaux sur la période 2015-2017.*

S'agissant de l'absentéisme, il faut souligner que celui de longue durée est corrélé à la pyramide des âges des organismes de sécurité sociale. Pour autant, nous souhaitons que des efforts renforcés soient engagés par les différents réseaux pour davantage prévenir ce phénomène. Les taux d'absentéisme de courte durée font l'objet d'un suivi par la tutelle dans le cadre des COG actuelles et feront l'objet d'une attention renforcée et d'actions résolues dans le cadre des COG qui seront renégociées en 2017.

Nous souhaitons par ailleurs exprimer nos fortes réserves sur une proposition de la Cour relative à la gouvernance des organismes de sécurité sociale : le transfert du pouvoir d'employeur des organismes locaux aux organismes nationaux. Une telle évolution aboutirait selon nous à davantage de rigidités sans donner la garantie d'un dialogue social plus facile, d'une agilité plus grande ni au final de performances meilleures. S'il est nécessaire de favoriser les mobilités professionnelles et géographiques comme le suggère la Cour, nous considérons que doit être maintenu l'équilibre entre le pilotage national par les têtes de réseau et l'existence de caisses locales dotées de la personnalité morale.

8. Concernant la gestion des systèmes d'information, *nous partageons avec la Cour le constat de l'importance stratégique de l'évolution de ces systèmes pour continuer à améliorer le service rendu et réaliser les gains de productivité, dans un contexte marqué par la révolution digitale et les perspectives qu'elle ouvre. C'est sur la base de ce constat que les Conventions d'objectifs et de gestion (COG) signées depuis 2012 ont permis le maintien de budgets d'investissement significatifs en matière de systèmes d'information. C'est dans ce contexte que nous croyons au rôle que doit occuper le schéma stratégique des systèmes d'informations des organismes de sécurité sociale (SSSI) que nous souhaitons voir rénové d'ici la mi-2017 en tenant compte notamment des apports et potentialités de tout premier plan de projets structurants récents (déclaration sociale nominative, répertoire de gestion des carrières unique, dispositif de gestion des échanges, répertoire national commun de la protection sociale - RNCPS). C'est aussi la raison pour laquelle nous soutenons le renforcement du pilotage national de cette fonction au travers notamment du rattachement des centres informations aux différents organismes nationaux. Il est également nécessaire d'amplifier la recherche d'une synergie accrue entre les organismes de sécurité sociale. La mise à jour du SSSI pourra en particulier servir de base à l'organisation de certaines mutualisations, en particulier dans le domaine des centres d'hébergement informatique. La négociation de la prochaine COG État-Ucanss pourra également*

permettre de poser les bases d'un rapprochement dans le domaine des achats informatiques.

9. S'agissant plus spécifiquement de la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM), *nous sommes bien conscients des difficultés financières de ce régime et de sa position particulière, en tant qu'organisme de sécurité sociale qui n'assure plus directement de missions assurantielles. Comme le note la Cour, la CANSSM a engagé, avec constance et volontarisme, ces dernières années des efforts très significatifs en vue d'une amélioration de la gestion et des résultats de son offre de soins, ce qui a conduit à un début d'amélioration, déjà sensible malgré la baisse du résultat des pharmacies. Ces efforts sont prévus et encadrés par la COG 2014-2017 et bénéficient du soutien des tutelles.*

Il semble, dès lors, que la question essentielle n'est pas tant celle de l'organisation du régime et du maintien - ou non - à terme de la CANSSM en tant que structure institutionnelle que celle de l'avenir de l'offre de soins minière, de sa soutenabilité, de son utilité et de sa pertinence pour les patients de territoires eux-mêmes en difficulté et des personnels qui y travaillent. Sur cette dernière question, le Gouvernement a pris ses responsabilités en permettant aux agents qui le souhaitent d'opter pour un autre statut, et continuera à défendre à la fois les droits des affiliés du régime garantis par la loi et ceux des salariés.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

1. Chapitre sur l'ONDAM

Dans son chapitre intitulé « L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2015 une dynamique non maîtrisée des soins de ville, une vigilance nécessaire en 2016, des économies importantes à rechercher en 2017 », la Cour juge qu'à l'horizon de 2017, les perspectives de réalisation du plan triennal ONDAM 2015-2017 apparaissent « particulièrement incertaines », et ce d'autant plus qu'une part importante de l'effort à faire a été repoussée en fin de plan. L'Assurance maladie est pleinement consciente de la réalité des efforts à réaliser pour ce qui concerne les soins de ville cette année et la suivante. Ils sont en effet extrêmement importants, c'est pourquoi l'ensemble du réseau de l'Assurance maladie est mobilisé sur ce sujet au travers notamment des actions de gestion du risque et de maîtrise médicalisée.

La Cour recommande de suivre plus finement, au sein d'une annexe du PLFSS, les blocs du plan ONDAM (résultats par indicateurs et par région, montants des économies). Il me paraît important de rappeler que la CNAMTS a déjà élaboré en lien avec la Direction de la sécurité sociale plus d'une soixantaine d'indicateurs qui portent sur les différents axes du plan ONDAM afin d'évaluer de manière régulière le niveau d'atteinte des objectifs au sein de chaque bloc.

La Cour juge la maîtrise des dépenses de soins de ville « insuffisante » en raison notamment de la progression des dispositifs médicaux, prestations paramédicales, indemnités journalières et transports sanitaires et recommande (recommandation n°9) ***d'instaurer des dispositifs plus complets de suivi et de régulation infra-annuels des dépenses de soins de ville****, en examinant à ce titre l'éventualité d'affecter à une réserve prudentielle tout ou partie du supplément de dépenses induit par les augmentations tarifaires en cas de non-respect de l'objectif prévisionnel.*

D'ores et déjà, conformément à la procédure décrite dans l'article L. 114-1-1 du code de la sécurité sociale relatif aux compétences du comité d'alerte, lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'Assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM, l'entrée en vigueur de mesures conventionnelles peut être suspendue.

La proposition de la Cour consistant à conditionner en amont le déclenchement même des mesures tarifaires à l'atteinte d'objectifs d'économies ouvre une piste différente et nouvelle que l'Assurance maladie accueille positivement. Ses conditions de mise en œuvre doivent cependant être examinées de manière plus approfondie. Les dépenses liées à des revalorisations tarifaires procèdent en effet le plus souvent de décisions conventionnelles et la possibilité de conditionner leur calendrier d'entrée en vigueur à des contreparties en termes de maîtrise des dépenses générées par les professionnels de santé concernés supposerait évidemment que les conventions conclues en fixent le principe et le cadre.

2. Chapitre sur la participation des assurés aux dépenses de santé

Dans son chapitre intitulé « La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à définir » la Cour fait le constat d'un « désengagement croissant de l'Assurance maladie ». Je ne partage pas ce constat. Ce mouvement de concentration accrue de la couverture AMO sur les dépenses des assurés en ALD ne contrevient pas à la vocation historique de notre système d'assurance maladie qui est en effet de permettre prioritairement aux assurés confrontés à une pathologie lourde d'accéder à des soins onéreux et récurrents, ce d'autant que 80 % des assurés développent dans le cours de leur existence une affection reconnue de longue durée. L'étude récente publiée par la CNAMTS dans les comptes nationaux de la santé montre que l'assurance maladie obligatoire instaure une solidarité significative dans la prise en charge des dépenses de soins. Entre 2008 et 2013, les assurés avec les plus fortes dépenses et qui concentrent 50 % des dépenses supportent uniquement 24 % des restes à charge. Enfin, comme la Cour le rappelle, la part des dépenses de santé assumée directement par les ménages est en France l'une des plus faibles d'Europe.

La Cour recommande (recommandation n°13) ***d'adopter des mesures plus contraignantes de limitation des taux de dépassement d'honoraires****. Tout d'abord, je ne partage pas le bilan assez sévère que la Cour tire du contrat d'accès aux soins (CAS). En effet, le bilan de près de trois ans de contrat montre les effets positifs de ce dispositif pour les patients et leur reste à charge tant en termes d'évolution des dépassements d'honoraires qu'en ce qui concerne le volume des actes à tarif opposable. Alors que les dépassements d'honoraires progressaient de presque 2 points par an à la fin des années 2000, ils baissent désormais de 1 point par an en moyenne. Cela peut paraitre modeste*

mais il s'agit d'une inversion de tendance fondamentalement vertueuse. Chez les médecins nouvellement installés on remarque, d'un côté, une nette diminution des installations en secteur 2 hors CAS avec, logiquement, de l'autre, une progression de la proportion des médecins de secteur 2 signataires du CAS et une stabilisation des installations en secteur 1.

Par ailleurs dans le cadre des négociations conventionnelles qui viennent de se terminer avec les médecins, j'ai fait le choix de poursuivre la lutte contre les dépassements d'honoraires en assumant une option de revalorisation des tarifs opposables pour ceux des médecins qui exercent en secteur 1 ou qui s'engagent dans une démarche de modération tarifaire.

La nouvelle convention prévoit qu'à partir d'avril 2018 les tarifs de remboursement d'un certain nombre de consultations seront identiques que ces consultations soient réalisées par des médecins de secteur 1, secteur 2 adhérant OPTAM ou secteur 2 non adhérant aux OPTAM dès lors que ces derniers pratiquent les tarifs opposables, sans dépassement d'honoraires. Enfin il me semble important de souligner que la quasi-totalité (94%) des revalorisations prévues dans la convention médicale sont réservées, pour les médecins exerçant en secteur 2, à ceux qui s'engagent à stabiliser leur taux de dépassement ou respectent les tarifs opposables.

La Cour formule une orientation visant à envisager de ***resserrer le panier de soins remboursables par l'Assurance maladie****, afin d'améliorer les niveaux de prise en charge, notamment à l'hôpital. La Cour note que plusieurs pays ont fait le choix d'un pilotage plus dynamique du panier de soins remboursables par l'Assurance maladie, avec des taux de remboursements nettement supérieurs. La Cour propose d'adapter ce panier de soins aux résultats des évaluations médico-économiques ainsi qu'au progrès technique et à l'apparition de nouveaux traitements. La décision de resserrer le panier de soins remboursables par l'Assurance malade ne doit pas conduire à remettre en cause les mécanismes de solidarité actuels qui fondent la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire. Une telle démarche n'aurait à cet égard de sens que sur les soins pour lesquels l'Assurance maladie est un financeur très marginal (optique…) ou que l'on pourrait assimiler au confort.*

La Cour formule une orientation visant à ***une séparation plus poussée des domaines d'intervention respectifs de l'Assurance maladie et des organismes complémentaires*** *afin de renforcer la capacité d'action de chaque financeur dans la gestion des risques et la maitrise du*

coût des soins et des produits de santé. Cette recommandation de la Cour présente le très grand risque de conduire à remettre en cause l'accès aux soins des assurés pour les secteurs visés. Pour les soins dentaires par exemple, la revalorisation des soins conservateurs mais également la mise en place récente de la permanence des soins dentaires démontrent comment l'inclusion des soins dentaires dans le panier de soins permet de mettre en place des actions favorisant l'accès à ces soins et ce malgré un financement légèrement minoritaire de l'assurance maladie obligatoire. Pour le dentaire, la composante « soin » est importante non seulement pour les soins conservateurs mais également pour les soins prothétiques et il parait difficile de dissocier les deux y compris en termes de modalités de financement (prise en charge des soins conservateurs par l'assurance maladie obligatoire et des soins prothétiques par les assurances complémentaires).

La Cour recommande ***d'étudier la mise en place d'un plafonnement des restes à charge accompagné d'une reconsidération des modalités de prise en charge des affections de longue durée****. Un tel dispositif, s'il pourrait répondre à un objectif de redistribution des restes à charge, n'apporterait pas de réponse à la dynamique des dépenses - les facteurs de la croissance des dépenses de soins sont connus (innovation technologique et médicamenteuse, vieillissement de la population notamment …) et ce dispositif n'apparaît pas comme une solution de rééquilibrage structurel. Cette réforme, au-delà du fait qu'elle entraînerait des « gagnants » mais aussi des « perdants » aboutirait à un déport important de la prise en charge des personnes en affections de longue durée vers les personnes non couvertes par ce dispositif. Cela se traduirait par une hausse importante du reste à charge moyen des personnes qui sont actuellement en ALD, et plus encore, en cas de modulation du plafond en fonction du revenu, pour ceux des assurés disposant d'un revenu égal ou supérieur au SMIC. Aussi, l'acceptabilité politique et sociale d'une telle réforme ne serait-elle pas acquise.*

Les exemples étrangers montrent que la mise en place d'un tel dispositif ne semble pas être une alternative à une prise en charge spécifique pour les malades chroniques. En effet, en Belgique ou encore en Allemagne où des plafonnements de reste à charge ont été instaurés, les personnes souffrant d'une maladie chronique bénéficient d'un plafonnement minoré. Par exemple, en Allemagne, le plafonnement de reste à charge est abaissé à 1% du revenu pour les personnes souffrant d'une maladie chronique contre 2% pour les assurés de droit commun. La récurrence des restes à charge sur plusieurs années pour les assurés souffrant d'une maladie chronique entraîne de fait une inégalité de traitement en défaveur de ces assurés lorsqu'un plafond de reste à charge

annuel unique est en vigueur. C'est une des raisons pour laquelle les pays avec un plafonnement de reste à charge ont donc également instauré une prise en charge particulière pour les malades chroniques.

3. Chapitre sur les affections de longue durée

Dans son chapitre intitulé « La prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre », la Cour constate que la part prépondérante et croissante des dépenses de l'Assurance maladie liée aux ALD pèse sur le niveau de prise en charge du reste de la population.

La Cour recommande (recommandation n°15) ***d'assurer un suivi exhaustif et précis des dépenses d'ALD, de leurs évolutions et de leurs déterminants afin de mieux anticiper et maîtriser les prises en charges****. Je ne partage pas la sévérité de la Cour à l'encontre de la CNAMTS sur les modalités de prévision de l'évolution des effectifs et des dépenses liées aux ALD. Depuis 2012 un suivi précis des dépenses des ALD est mis en place. Ce suivi est élargi à l'ensemble des malades chroniques, au-delà des ALD, dans le cadre de la cartographie médicale des dépenses et des pathologies qui permet l'analyse de la prise en charge de l'ensemble des maladies chroniques. Des prévisions sur l'évolution des effectifs et des dépenses liées aux maladies chroniques ont été effectuées par la CNAMTS, à partir de l'outil que représente la cartographie – par exemple dans le rapport Charges et produits pour 2017, des projections des remboursements d'antidiabétiques à l'horizon 2020 ont été présentées. Ces travaux sont complexes à réaliser et posent un certain nombre de questions méthodologiques notamment lorsqu'il s'agit de les généraliser à l'ensemble des pathologies chroniques. La CNAMTS a en outre participé au groupe de travail piloté par le HCAAM sur le projet des dépenses de santé à l'horizon 2060 et a transmis à cette occasion les données qui lui ont été demandées et qui ont également été utilisées ensuite par la direction du Trésor. Les modalités de suivi des effectifs et des coûts peuvent sans doute encore être améliorées, et la CNAMTS prévoit déjà dans le cadre des travaux qu'elle entend mener avec la DREES, de proposer des améliorations et un enrichissement du suivi du dispositif ALD. La CNAMTS prévoit également de réitérer l'étude publiée en 2010 dans les comptes de la santé sur l'estimation du coût du dispositif des ALD en soins de ville pour le régime général, tout en poursuivant le travail sur le suivi des dépenses des malades en ALD début en 2012.*

La Cour recommande (recommandation n°16) ***de mettre en œuvre des actions de réductions des atypies de dépenses****, notamment des disparités territoriales de coûts moyens de prise en charge, pathologie*

par pathologie. Si la CNAMTS partage avec la Cour l'intérêt d'analyser les disparités géographiques, il semble nécessaire de prendre avec la plus grande prudence les corrélations qui sont faites dans le chapitre. Il faudrait tout d'abord pouvoir définir le montant de la dépense en rapport avec un niveau pertinent de soins, notamment en fonction des recommandations de bonnes pratiques, qui ne saurait se résumer à la dépense moyenne.

Un tel exercice ne peut en outre se limiter à une seule comparaison des dépenses moyennes entre régions ou départements sans tenir compte et neutraliser dans l'analyse les facteurs de confusion en termes de démographie, d'épidémiologie et d'offre de soins, de pratique médicale. Par ailleurs dans son analyse la Cour prend en compte pour les malades en ALD l'ensemble des soins, qu'ils soient en rapport ou non avec l'ALD. Enfin, de nombreuses affections qui pourraient relever d'une ALD sont sous-déclarées pour les malades en ALD, c'est la raison pour laquelle la CNAMTS a développé une analyse de la dépense par la cartographie médicale. La CNAMTS mène par ailleurs sur le fondement de l'analyse des disparités géographiques des actions de gestion du risque, ou des actions visant à homogénéiser les bonnes pratiques professionnelles, en particulier sur la pertinence des actes, la consommation médicamenteuse, au-delà du champ de l'ALD, en fonction des enjeux économiques et des recommandations de bonnes pratiques disponibles.

La Cour juge nécessaire (recommandation n°17) de ***faire évoluer les modalités de tarification actuelles vers une forfaitisation de la rémunération des professionnels par patient en ALD****, modulée en fonction des caractéristiques du patient et de sa maladie et assortie d'indicateurs permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge. Je partage la nécessité de ne pas faire reposer la rémunération des médecins sur l'unique pilier de la rémunération à l'acte mais également sur le paiement au forfait ou à la performance, afin de garantir une prise en charge des besoins de santé aussi adaptée que possible. La démarche proposée par la Cour est d'ailleurs engagée, mais de manière plus globale, dans le cadre de la nouvelle convention médicale. Il a ainsi été décidé de mettre en place un seul et unique forfait patientèle pour les médecins traitants. Ce forfait est indexé sur la patientèle du médecin traitant et fonction des caractéristiques de celle-ci en termes d'âge, de pathologies et de précarité. Il fonctionne sur le principe d'une valorisation, attribuée forfaitairement par patient au regard de la complexité attendue de la prise en charge. Dans ce dispositif, un patient en ALD est valorisé à hauteur de 42 euros, et un patient de plus de 80 ans en ALD est valorisé à hauteur de 70 euros. Une forfaitisation reposant*

sur la rémunération des professionnels uniquement en fonction des patients ALD me paraît moins ambitieuse.

La Cour recommande (recommandation n°18) ***d'expérimenter des enveloppes financières par pathologie chronique et par patient*** *couvrant l'ensemble des besoins de ces derniers dans le cadre de leurs protocoles de soins. Dans le cadre de cette enveloppe, le forfait global de rémunération remboursable des professionnels se substituerait au paiement à l'acte, en lien avec la maîtrise des dépassements d'honoraires, afin d'éviter que le caractère forfaitaire de la rémunération perçue par les professionnels en soit privé de son sens. Cette proposition peut paraître séduisante. Elle suppose toutefois dans un premier temps de pouvoir déterminer par patient le montant de cette enveloppe financière par pathologie chronique, et dans un second temps de pouvoir disposer d'un outil financier pour permettre de réaliser cette expérimentation sur plusieurs territoires pour pouvoir l'évaluer avant de la généraliser. En outre, la dimension qualité des soins ne doit pas être oubliée. Une partie de cette enveloppe devrait pouvoir tenir compte de résultats de qualité et d'efficience afin de pouvoir engager une démarche vertueuse d'amélioration.*

4. Chapitre sur les soins bucco-dentaires

Dans son chapitre intitulé « Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder », la Cour constate « un désengagement » de la puissance publique dans le secteur dentaire.

La Cour estime que ***les contrôles de l'Assurance maladie sont insuffisants****, notamment sur les dépassements pratiqués par les chirurgiens-dentistes sur les actes à tarif opposable.*

Sur ce dernier point, je tiens à préciser qu'en juin 2016 une action nationale de contrôle portant sur 381 praticiens a été diligentée par le réseau de l'Assurance Maladie sur les actes à tarif opposable liquidés pour ces praticiens entre janvier 2015 et février 2016 et réalisés en 2015 (tous régimes). Cette campagne nationale de rappel à la réglementation prend la forme d'actions personnalisées, progressives et graduées, en fonction du caractère récidivant ou non de la dérive du professionnel : de la sensibilisation à l'avertissement par courrier, voire à l'engagement de procédure conventionnelle, à l'égard des professionnels les plus déviants. Un suivi régulier de la mise en œuvre de cette action par les CPAM envers les chirurgiens-dentistes concernés est réalisé par la CNAMTS, et un premier bilan de cette action sera réalisé au cours du dernier trimestre de l'année 2016.

La Cour formule plusieurs propositions qui font écho aux travaux engagés par l'Assurance maladie pour préparer les négociations de la prochaine convention avec les chirurgiens-dentistes. Ces travaux ont abouti à l'adoption d'orientations par le Conseil de l'UNCAM le 12 juillet 2016, en conformité avec les lignes directrices de la Ministre de la santé. Ces orientations reflètent la volonté des pouvoirs publics d'opérer une rupture au regard de la politique conventionnelle précédente, afin d'améliorer sensiblement l'accès aux soins dentaires sur l'ensemble du territoire national, de faire reculer le non-recours aux soins dentaires pour des raisons économiques, d'accentuer l'investissement dans la prévention et le suivi des publics les plus fragiles, tout en rééquilibrant l'activité entre soins prothétiques et soins conservateur et en favorisant la qualité des soins.

La Cour recommande (recommandation n° 21) ***d'instituer par une disposition législative une obligation de transmission à l'assurance maladie obligatoire et aux assureurs complémentaires des informations relatives à l'ensemble des actes****, y compris non remboursables, en conditionnant les prises en charge de cotisations sociales au respect de cette obligation. La CNAMTS ne peut être que favorable sur le principe à une telle mesure, car elle permettrait une meilleure connaissance et plus grande transparence de l'activité et des pratiques tarifaires des chirurgiens-dentistes. En pratique, se pose toutefois le problème du contrôle du respect de cette obligation. Seuls les actes non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire mais pris en charge par les organismes d'assurance complémentaire pourront faire l'objet de ce contrôle par ces organismes puisqu'eux seuls en auront les moyens. Il paraît de plus difficilement concevable de contrôler le respect de cette obligation de transmission des codes pour des actes qui ne seraient ni pris en charge par les organismes complémentaires ni par l'Assurance maladie et qui restent totalement à la charge des patients, ce qui laisserait un pan de l'activité des chirurgiens-dentistes hors de visibilité et de contrôle des organismes de prise en charge.*

La Cour recommande (recommandation n°23) ***de plafonner par la voie législative les tarifs et actes prothétiques les plus fréquents****. L'Assurance maladie porte la conviction qu'il est toujours préférable de négocier entre partenaires conventionnels plutôt que d'imposer, par voie législative, le plafonnement des tarifs des actes prothétiques les plus fréquents, toute mesure coercitive en la matière risquant d'avoir un effet contraire à celui recherché en termes d'accès aux soins. Cela pourrait avoir par exemple pour effet de pousser certains chirurgiens-dentistes à se déconventionner afin de pouvoir appliquer librement leurs tarifs sur les soins prothétiques, si les plafonds envisagés par le législateur ne leur*

conviennent pas. C'est donc prioritairement la voie de la négociation et la conclusion d'un véritable pacte conventionnel qu'il convient de privilégier, incluant une nette revalorisation des soins conservateurs en contrepartie d'une limitation des tarifs prothétiques pour les actes les plus fréquents.

Il est important de préciser que les orientations adoptées en vue de la prochaine négociation prévoient que les partenaires conventionnels s'engagent dans un mécanisme visant à rééquilibrer l'activité des chirurgiens-dentistes entre soins prothétiques et soins conservateurs et chirurgicaux, qui consisterait notamment à exiger, en contrepartie d'une valorisation des soins conservateurs, une régulation tarifaire de certains des actes prothétiques, tout en respectant également des indicateurs de qualité des soins. Ces mêmes orientations prévoient la fixation, par voie conventionnelle, des plafonds de dépassements maximum applicables aux bénéficiaires de l'ACS au titre de leurs contrats responsables, pour les soins prothétiques et orthodontiques, et ce, en cohérence avec les lignes directrices de la Ministre qui a laissé aux partenaires conventionnels le soin de fixer ces plafonds. La loi de modernisation de notre système de santé a confié d'ailleurs prioritairement cette compétence aux partenaires conventionnels.

La Cour recommande (recommandation n° 24) de ***mettre en place un conventionnement sélectif des chirurgiens-dentistes, comme le permet la loi de financement pour 2016****. Les partenaires conventionnels, dans le futur accord conventionnel dont les négociations s'ouvriront en septembre 2016, ont prévu d'introduire, en contrepartie des dispositifs conventionnels d'aide à l'installation en zone déficitaire existants, une régulation du conventionnement des chirurgiens-dentistes en zone sur-dense, tenant compte des besoins en soins dentaires de la population, à l'instar des dispositifs mis en place pour les infirmières et pour les sages-femmes, et dont les effets sur la répartition de l'offre de soins sur le territoire de ces catégories de professionnels de santé ont été démontrés.*

Plus largement, la Cour s'interroge sur l'intérêt de poursuivre le dispositif conventionnel et propose de « réorganiser à moyen terme les responsabilités et les financements entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances maladie complémentaires, à la première revenant de financer à 100 % un suivi annuel obligatoire et les soins conservateurs associés, aux secondes de prendre en charge le financement des soins prothétiques au premier euro, en veillant à la neutralité financière ». Il ne paraît pas souhaitable, sur le principe, de confier aux organismes complémentaires de financer au 1er euro les soins prothétiques : bien que l'Assurance Maladie se soit investie modestement sur les soins

prothétiques en laissant une place prépondérante aux organismes d'assurance maladie complémentaire, il paraît dangereux, en termes d'accès aux soins, d'abandonner l'intégralité de la prise en charge de ces soins aux OCAM.

5. Chapitre sur la maîtrise des prescriptions à l'hôpital

Dans son chapitre intitulé « La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical », la Cour souligne la nouvelle approche contractuelle visant à donner plus d'efficacité et de lisibilité à l'action publique et à améliorer le mécanisme de régulation des prescriptions hospitalières.

Je partage la recommandation de la Cour (recommandation n°31) visant à ***inclure dans les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins l'ensemble des prescriptions médicales, exécutées en ville comme réalisées à l'hôpital****.*

La Cour recommande également (recommandation n°28) ***de conditionner à l'identification individuelle des prescripteurs l'exécution des prescriptions émises en établissement et effectuées en ville comme réalisées à l'hôpital****. La CNAMTS partage cet objectif, et elle a conclu avec les pharmaciens un nouvel avenant à la convention nationale à la fin de l'année 2015 afin de leur demander de renseigner le numéro des professionnels de santé prescripteurs à l'hôpital (RPPS).*

Une fois cette information connue, il sera plus facile d'identifier des profils de prescripteurs au sein des établissements, et de mettre en œuvre des plans d'actions pertinents. Plus largement, la question de la responsabilisation des prescripteurs hospitaliers est en effet centrale. Une approche médicalisée de la pertinence des soins semble à cet égard un des leviers les plus efficaces vis-à-vis des professionnels médicaux. La CNAMTS promeut à cet effet la mise en place d'actions graduées après mise en œuvre d'autres actions pédagogiques (formation, autoévaluation, accompagnement institutionnel ou au mieux par les pairs ou société savantes). Au sein des établissements, il semble que le pôle d'activité puisse aussi être un lieu d'évaluation et de concertation sur les pratiques de prescriptions entre praticiens.

La Cour recommande (recommandation n°31) de mettre en œuvre ***un dispositif de minoration tarifaire se déclenchant automatiquement en cas de non-respect des objectifs contractuels de maîtrise des prescriptions****. Je partage cette recommandation car pour que cette politique de contractualisation soit efficace, il faut que les établissements aient un intérêt à agir, ce qui n'est pas toujours évident. L'intérêt à agir peut être lié à un intéressement aux résultats ou à la volonté d'éviter une*

sanction. À cet égard la CNAMTS rejoint le constat de la Cour sur le faible nombre de sanctions prononcées en application des CBU, et souhaite être plus amplement associée à l'évaluation de ces contrats.

6. Chapitre sur la certification des comptes

Dans son chapitre intitulé « La certification des comptes des régimes de base de sécurité sociale : une première étape réussie, de nouveaux enjeux », la Cour dresse le bilan d'une décennie d'exercice de certification des comptes du régime général de sécurité sociale. Je partage globalement les constats et les recommandations faits par la Cour notamment l'idée ***de faire de la levée des réserves un axe prioritaire de la COG.***

La Cour recommande (recommandation n°47) ***d'inscrire dans les annexes aux comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale les engagements pluriannuels à l'égard des titulaires de pensions et de rentes et de leurs ayants-droits****, appréciés et évalués en fonction de règles de droit en vigueur à la date de clôture des comptes. Dans la mesure où le CNCOP n'a pas suivi la demande de la Cour, la CNAMTS demeure toutefois fondée à ne pas appliquer cette recommandation, qui aboutirait à un risque de majoration de la dette du secteur public de plusieurs centaines milliards d'euros.*

7. Chapitre sur la gestion du personnel de sécurité sociale

Dans son chapitre intitulé « La gestion du personnel des organismes de sécurité sociale : une stratégie de modernisation à définir sans tarder » la Cour note que les politiques de gestion des ressources humaines mises en œuvre au cours des dix dernières années ont eu pour objectif de mieux maîtriser la masse salariale en accentuant la contrainte de restitution d'emplois et le cadrage de l'évolution des rémunérations.

La Cour recommande (recommandation n°49) ***de mettre en œuvre de façon prioritaire une analyse prévisionnelle à moyen (5 ans) et à long terme (10 ans) des emplois, des compétences et des organisations cibles****. Je partage cette recommandation, mais je souhaite rappeler qu'il existe déjà, au sein de la branche maladie, un pilotage national prévisionnel des effectifs et une projection sur les évolutions des activités (suivi des départs, gains de productivité, définition des métiers « émergents » …) couplé à une gestion prévisionnelle locale. À l'occasion de chaque négociation de la COG des projections de départ à la retraite sont réalisées par la CNAMTS et ajustées chaque année.*

Ces prévisions sont de plus en plus délicates à opérer dans la mesure où les comportements des salariés, au regard de la date de leur

départ à la retraite, sont devenus peu prévisibles et sont, en partie, soumis aux modifications législatives et règlementaires qui touchent les régimes de retraite. Par ailleurs, la CNAMTS réalise, notamment dans la période de négociation de la COG, des prévisions de « gains ETP » liés à l'introduction de nouvelles procédures de travail telles que la dématérialisation et l'introduction de nouveaux téléservices…. C'est grâce à ces prévisions d'évolution d'activité qui affectent le plus souvent les métiers de la production qu'ont pu être créés, par redéploiement et en respectant l'objectif de diminution des effectifs, de nouveaux emplois tels que les délégués de l'Assurance-maladie, les conseillers informatique service et, plus récemment les conseillers de l'Assurance-maladie qui promeuvent le programme de retour à domicile après une hospitalisation (PRADO).

La Cour recommande (recommandation n°50) ***de mobiliser activement les gains de productivité, en faisant converger la durée de travail avec la durée légale****, en levant les obstacles conventionnels aux mobilités géographiques et fonctionnelles et en tirant parti des départs à la retraite pour procéder à des réorganisation. Si les écarts mesurés entre les organismes du réseau tendent à démontrer qu'il existe des gisements de productivité, il est important de souligner que la dispersion de la productivité des caisses par rapport à la moyenne diminue très régulièrement depuis 2009. Il existe d'ailleurs dans la COG 2014/2017 un objectif de réduction des écarts de coûts entre organismes sur cinq processus métiers (règlement IJ maladie, maternité, feuilles de soins électroniques, accueil téléphonique, CMUC, feuilles de soins papiers LAD), et des travaux d'identification des leviers de réduction et de suivi des actions sont prévus en 2016/2017. En ce qui concerne la durée de travail, la CNAMTS a déjà engagé des actions visant à mettre fin aux pratiques excessives et dérogatoires. Le projet de création de centres de gestion de la paie mutualisés sera l'occasion pour la CNAMTS de connaître l'ensemble des pratiques locales et de mettre fin aux situations atypiques. La recommandation de la Cour de réduire les taux d'absence pour congés légaux et conventionnels parait hors de portée de la négociation collective dans le contexte actuel d'augmentation très modérée de la rémunération.*

La Cour recommande (recommandation n°51) de renforcer ***le caractère incitatif de l'intéressement****, notamment au regard de* ***la lutte contre l'absentéisme****. La CNAMTS partage cette priorité et a décidé d'introduire, pour les organismes les moins bien placées, un objectif de diminution du taux d'absence maladie, dans la part variable de rémunération des directeurs, c'est le cas en 2016 pour 20 directeurs de caisses primaires et 6 directeurs régionaux de services médicaux.*

La Cour recommande (recommandation n°52) ***d'engager une réflexion sur le transfert du pouvoir d'employeur des organismes locaux aux organismes nationaux de sécurité sociale et l'élargissement du rôle de l'UCANSS****. Comme la CNAMTS l'a déjà souligné, les bénéfices à attendre de cette évolution sont très incertains. Une gestion nationale de l'ensemble des salariés des CPAM ne pourrait être ni opérationnelle ni efficace en raison de l'éloignement entre le centre de décision et le niveau de mise en œuvre. Inversement, les prérogatives d'employeur dont disposent les directeurs de caisses vis-à-vis de leurs salariés constituent un levier puissant pour accompagner la politique générale de l'organisme dont ils doivent assumer la responsabilité vis-à-vis de la CNAMTS, de leur conseil, des élus locaux….Ces prérogatives contribuent à les responsabiliser dans leur gestion des ressources humaines, les en priver représente un risque certain managérial et ne constitue pas comme la Cour semble le penser un accélérateur de mobilité, le principal obstacle à la mobilité n'étant pas la question du changement d'employeur.*

8. Chapitre sur l'organisation informatique

Dans son chapitre intitulé « la fonction informatique dans la sécurité sociale, un renforcement indispensable », la Cour examine l'organisation de la fonction informatique des trois principaux régimes. Je considère comme la Cour que la fonction informatique constitue une priorité de premier rang pour notre institution, dont l'activité repose sur la solidité d'un système d'information parmi les plus importants de notre pays. Ce sera une priorité de la prochaine convention d'objectif et de gestion, pour en faire un levier d'une stratégie de modernisation cohérente.

La Cour appelle à « ***affermir le pilotage*** *» de la fonction informatique. Elle recommande notamment (recommandation n°53)* ***de reconnaitre aux organismes nationaux une autorité fonctionnelle et hiérarchique sur l'ensemble des agents et des moyens affectés à la maîtrise d'ouvrage****. Il n'est pas démontré dans le chapitre que cette évolution se traduise par une plus grande efficience de la production ou par une amélioration de la qualité de service. Les relations entre la*

CNAMTS et les centres de traitement informatiques sont d'ores et déjà fluides. L'évolution du statut juridique des centres de traitement informatique opéré récemment permet de prendre en compte les adaptations nécessaires par la reconnaissance des missions déléguées par la Caisse nationale d'une part mais aussi par la tenue de comités de coordination entre les directions des CTI et les organismes locaux. La CNAMTS mène d'ores et déjà un dialogue de gestion structuré avec les centres de traitement informatiques et les conférences budgétaires lui permettent d'encadrer l'allocation et l'usage des ressources ainsi que l'atteinte des résultats et l'évaluation de la performance, de manière cohérente avec le dispositif de contractualisation entre la caisse nationale et l'ensemble des organismes du réseau. Les pesanteurs en termes d'investissement, de fonctionnement, de pilotage et de coordination qui pourraient résulter d'une centralisation accrue de la fonction informatique ne sont pas mesurées par la Cour, or l'impact de cette centralisation sur la part des charges informatiques dans l'ensemble des charges ne serait être négligeable.

*La Cour recommande (recommandation n°54) d'**intensifier le processus de rationalisation engagé**. La Cour recommande de regrouper la fonction informatique sur un nombre beaucoup plus réduit de sites, en prenant en considération les perspectives démographiques et les implantations des réseaux de l'ensemble des régimes et des branches. La CNAMTS a restructuré son réseau informatique à l'occasion du volet organisationnel du schéma directeur des systèmes d'information 2010-2013. Ainsi que la Cour le note, pour la branche maladie, l'organisation des activités a été rationnalisée, avec notamment la rationalisation du portefeuille d'activité des neufs centres de traitement informatique chargés de l'exploitation informatique des CPAM qui en sont membres, avec la diminution du nombre de centres chargés de l'exploitation informatique de neuf à cinq et une spécialisation des quatre autres sur des domaines de production à dimension nationale. Je ne souscris donc pas au constat de la Cour quand elle considère que l'effort de rationalisation géographique a été très partiel. Par ailleurs une étude confiée au réseau a été lancée cette année pour étudier l'amélioration de l'articulation entre le patrimoine applicatif national et le patrimoine applicatif couvert par les applications locales. Ses conclusions devraient être rendues d'ici la fin de l'année.*

La Cour recommande de consolider les compétences internes, en réorientant les agents vers des tâches à plus forte valeur ajoutée grâce à une gestion prévisionnelle active des emplois et des compétences*, en recrutant les profils de haut niveau nécessaires en petit nombre pour assurer en interne la complète maîtrise des projets structurants et en encadrant plus fortement le recours aux prestataires externes. Il s'agit en effet d'un point d'attention pour la CNAMTS.*

À l'occasion des mouvements d'effectifs au sein des fonctions informatiques, le renforcement des compétences liées à la fabrication des projets ainsi que les expertises d'architecture et sécurité se poursuit au sein de la direction déléguée des systèmes d'information, en diminuant proportionnellement les compétences liées l'exploitation. Les emplois relevant du « cœur de fabrication » (architecture, conception/développement, intégration, management de projet…) représentent près de 70 % des effectifs de la DDSI en janvier 2016 soit 3 points de plus par rapport à 2011. La CNAMTS conserve la maîtrise du recours à l'externalisation, non seulement par la différenciation de la nature des activités confiées ou non aux prestataires (le codage et le développement prioritairement, et non les activités de type architecture du système d'information par exemple), mais également par la limite du recours à la prestation tierce, car si ce recours est important sur certains projets, il se maintient globalement autour de 50 %, restant ainsi le plus faible comparativement selon le benchmark réalisé par la DSS.

La Cour recommande de développer les synergies entre les institutions de sécurité sociale en matière notamment d'achats informatiques, de mobilité des agents et d'utilisation des infrastructures *(recommandation n°56). La CNAMTS a maintenu ses engagements en termes de mutualisation de processus inter branche sous l'égide de l'UCANSS notamment en ce qui concerne les travaux éditiques ou les achats. La CNAMTS est partie prenante avec ses partenaires dans les travaux visant à favoriser la mobilité et intervient pour harmoniser les référentiels emplois de la fonction informatique. Or le rapprochement des différents centres pourrait s'avérer une opération très coûteuse. Les pistes de mutualisation renforcées évoquées (pôle Achats, Hébergement des infrastructures, Mutualisation du cycle de vie des projets) nécessitent des études bien plus approfondies afin de déterminer les écarts entre les gains attendus et le coût de l'investissement nécessaire pour les réaliser.*

Chapitre IV
La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE L'ASSURANCE (FFA)

La FFA avait déjà été amenée à se positionner sur les trois scénarios proposés par la Cour lors de l'enquête préalable. Elle réitère les observations formulées par courrier du 15 avril 2016 et lors des auditions organisées par la Cour (les 11 mars et 18 avril dernier) et tient à insister sur trois points en particulier.

S'agissant de la remise à plat des aides sociales et fiscales attachées aux contrats complémentaire santé (notamment aux contrats collectifs)

La FFA rappellera que ces aides ont été et sont encore un vecteur important de la généralisation d'une complémentaire santé de qualité à l'ensemble des français. Elles revêtent un caractère d'intérêt public dans la mesure où par ce biais, l'accès aux soins des Français a été préservé en dépit des désengagements, ces dernières années, de l'Assurance maladie obligatoire et de l'incapacité de celle-ci à couvrir tous les besoins des Français.

Leur remise en cause aurait des conséquences néfastes en termes de baisse des garanties ou de hausse des tarifs. Elle pèserait sur le pouvoir d'achat des salariés et aurait des impacts conséquents sur le coût du travail et la compétitivité des entreprises. À ce titre, la FFA rejoint les réserves formulées par le rapport de l'IGAS d'avril 2016[623] sur l'opportunité d'une telle réforme : rendements financiers plus faibles qu'attendus, impact négatif sur le niveau des couvertures souscrites et l'accès aux soins, effets pervers supérieurs aux gains dans le contexte socio-économique actuel. Elle souscrit à sa recommandation de prudence, dans un contexte où les organismes complémentaires et les entreprises ont avant tout besoin de stabilité.

[623] *Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé. Rapport IGES établi par Anne Bruant-Bisson et Marie Daudé, avril 2016.*

S'agissant de la question des dépassements d'honoraires et de la progression des tarifs dans les secteurs à liberté tarifaire

La FFA tient à souligner que les assureurs avaient déjà mis en place, bien avant la récente réforme des contrats responsables, des mécanismes destinés à limiter les comportements d'optimisation de la part des professionnels de santé (alignement du tarif sur la garantie principalement). En attestent :

- *l'évolution de l'expression des garanties (différenciation des forfaits selon la nature des verres en optique, selon les besoins en dentaire...) ;*
- *le développement des réseaux de soins (dont le contrat stipule des engagements en termes de conseil, d'information et de tarif) ;*
- *la multiplication des contrôles et des actions de lutte contre la fraude.*

Quant à l'influence des garanties complémentaires sur les dépassements d'honoraires des médecins, les études économiques montrent que les caractéristiques de l'offre de soins (densité, proportion de médecins installés en secteur 2, montant moyen des dépassements pratiqués, spécialités concernées...) sont toutes aussi déterminantes que celles relatives à la patientèle (âge, sexe, ALD, niveau de vie...). L'étude de B. Dormont et M. Péron (2015) conclut en outre que si une meilleure couverture augmente en proportion les consultations réalisées en secteur 2, elle n'a pas d'impact sur le montant du dépassement facturé par le médecin.

Enfin, s'agissant du plafonnement du remboursement des complémentaires dans les contrats responsables, la FFA tient à réitérer son alerte. Elle appelle de ses vœux une évaluation de la mesure avant toute velléité d'extension à d'autres domaines. Les premières estimations de l'impact de ce plafonnement, issues des bases des sociétés d'assurance, confirment en effet des restes à charge très élevés (de l'ordre de 1 000 à 2000€ pour des actes médicaux techniques) pour une part non négligeable de la population. La multiplication des appels, sur les plateformes téléphoniques, des assurés qui ne comprennent pas le reste à charge qui leur est laissé, alerte également.

La FFA rappelle également qu'un tel raisonnement appliqué aux soins dentaires aurait des conséquences désastreuses en termes d'accès aux soins, dans un secteur où les restes à charge sont déjà très élevés et le renoncement aux soins, pour des raisons financières, est très fréquent pour un nombre très important de Français. Comme la FFA l'avait

souligné, il s'agit d'un sujet majeur de santé publique. Mais celui-ci ne doit être traité en pariant sur l'influence de la contrainte financière des patients sur la fixation des tarifs des chirurgiens-dentistes. Comme pour les médecins, il faut agir directement par une régulation des tarifs et des modes d'exercice des professionnels de santé.

S'agissant des mesures envisagées à destination de l'assurance maladie complémentaire

La FFA réitère son opposition à la remise en cause du critère d'âge dans la tarification des contrats complémentaires. Elle rappelle que l'activité d'assurance maladie complémentaire est déjà très encadrée et qu'interdire l'utilisation de ce critère de tarification reviendrait à la négation des principes mêmes sur lesquels repose l'assurance complémentaire.

Elle souligne enfin, à nouveau, les limites de la comparaison avec les systèmes allemand et néerlandais en matière de péréquation des risques :

- *Il est fait référence, non pas à l'assurance complémentaire santé, mais au fonctionnement du régime de base (mise en concurrence des caisses d'assurance maladie en Allemagne et délégation de gestion du régime obligatoire à des opérateurs privés aux Pays-Bas). Dans ces deux pays, un étage d'assurance complète le régime obligatoire ; son fonctionnement est proche de celui de l'assurance complémentaire santé en France.*
- *Puisqu'il s'agit du socle de base, les dispositifs mis en place reposent sur le caractère obligatoire de la souscription (à une exception près pour l'Allemagne) et un panier de soins définis par les autorités publiques. On est loin du principe du libre choix qui préside en matière d'assurance complémentaire (principe fondateur aussi des étages d'assurance complémentaire dans ces deux pays).*
- *Ainsi, sauf à vouloir mettre en place un deuxième étage de sécurité sociale, sur le modèle du fonctionnement de la retraite en France, les comparaisons faites ont peu de sens. La FFA rappelle qu'elle ne partage pas cette perspective qui constitue une remise en cause complète de l'assurance complémentaire en France et emportait des risques financiers conséquents sur l'équilibre de notre système (déjà fortement déficitaire).*

S'agissant enfin de la couverture complémentaire santé des séniors, la FFA tient à insister sur le fait que la solidarité intergénérationnelle ne peut être abordée que par le seul prisme du coût

de la couverture complémentaire santé. Alors que ceux-ci ont un niveau de vie en moyenne plus élevé que les jeunes actifs, davantage de biens et d'épargne et moins de dépenses, transférer une partie de leurs dépenses sur les jeunes générations interroge sur l'équité d'une telle mesure. Par ailleurs, la multiplication des dispositifs catégoriels risque de se révéler contreproductif : la segmentation des populations entache la mutualisation, principe fondateur de l'assurance.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF)

Les chapitres IV et VI du rapport abordent la problématique de la participation des ménages au financement de leur dépense de santé et notamment de leur dépense en soins bucco-dentaires. Je vous remercie de nous les avoir transmis car ce sont des sujets d'intérêt majeur pour la Mutualité Française.

Je voudrais vous faire part tout d'abord de l'intérêt de la Mutualité Française pour les travaux que présente la Cour dans ces extraits et ensuite de quelques observations sur certaines des préconisations.

Tout d'abord, nous partageons les conclusions de l'analyse que vous faites de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le niveau élevé de la part des dépenses prises en charge par la sécurité sociale et sa stabilité ne doivent pas occulter une dégradation des taux individuels de remboursement pour les assurés non exonérés du ticket modérateur, ni les restes à charge importants auxquels doivent faire face 5 % des assurés. Le rapport pointe la complexification croissante du régime de ticket modérateur, tant le taux du ticket modérateur, que son assiette de calcul ou ses régimes d'exonération. Ce point nous semble particulièrement intéressant car il explique aussi une évolution contradictoire avec l'objectif d'origine de la sécurité sociale : l'écart croissant de traitement entre les assurés exonérés du ticket modérateurs et les autres.

La dégradation des taux individuels de prise en charge explique en partie le recours à une couverture complémentaire, ainsi que la politique de généralisation de l'accès à cette couverture. Le rapport rappelle les dispositifs mis en œuvre en vue de généraliser la couverture complémentaire santé (CMU-C, ACS, labellisation de contrats individuels des 65 ans et plus, etc.). La Mutualité Française considère que la généralisation de l'assurance complémentaire santé ne peut être

réalisée par la juxtaposition de dispositifs catégoriels. Par principe, elle n'est pas favorable à la multiplication de mesures catégorielles segmentant par population l'offre d'assurance complémentaire santé. Plusieurs raisons expliquent ce point de vue. Premièrement, rien n'établit a priori que la sélection de contrats sur des niveaux de garanties et de cotisations intègre une contrainte de soutenabilité économique de long terme. Deuxièmement, la segmentation des offres limite la mutualisation des risques qui est l'activité-même des mutuelles. Troisièmement, ces mesures catégorielles deviennent, par leur multiplication, illisibles pour la population, ce qui peut provoquer de nouveaux cas de non recours et des ruptures de droits. L'accumulation de telles mesures peut contribuer à gravement déséquilibrer l'activité des mutuelles.

Le rapport souligne que le recours à la complémentaire santé a un coût, mais aussi que le cadre actuel de liberté tarifaire des professionnels de santé lui donne un caractère potentiellement inflationniste et surtout que, paradoxalement, le système d'aides publiques rend son accès plus inégalitaire. Le rapport précise également que si certains restes à charges sont importants après remboursement par l'Assurance maladie, l'intervention des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) permet de les réduire mais pas totalement puisque pour 5 % des assurés, ce reste à charge serait en moyenne de 1300 € du fait des dépassements d'honoraires et de tarifs pratiqués par les professionnels de santé. Et ce malgré le développement de réseaux de soins qui « favorise la modération des tarifs *».*

Votre conclusion est que l'Assurance maladie obligatoire n'assure plus une « protection suffisante et équitable contre le risque maladie *» et que les OCAM ne sont pas susceptibles d'y remédier. Cela conduit à la proposition de trois scénarios d'évolution. Le scénario de long terme reprend l'idée de l'instauration d'une sorte de bouclier sanitaire. Pour la Mutualité Française, la mise en place d'un plafonnement des restes à charge sur la dépense opposable ne peut pas être un objectif en soi. Un tel système n'apporte aucune solution aux problèmes récurrents d'organisation du système de soins. La régulation renforcée de la seule dépense opposable conduira à basculer une partie de la dépense de santé dans le champ de la liberté tarifaire. Le développement des dépenses au-delà des tarifs de la Sécurité sociale alourdirait les restes à charge réels des assurés.*

Le travail sur les autres scénarios est une démarche intéressante car elle permet de poser les questions d'avenir de court et moyen terme de notre système de santé. Elle questionne également le rôle de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Quel périmètre

d'intervention pour l'assurance maladie et les OCAM ? Quel remboursement pour les assurés sociaux et quel objectif de reste à charge ? Quels acteurs de la régulation de la dépense de santé et quels outils pour la mettre en œuvre ?... La Mutualité Française est à la disposition de la Cour et des pouvoirs publics pour travailler sur ces questions.

Dans cette perspective, je tiens à souligner la situation délétère dans laquelle les politiques de transferts de charge ont mis les OCAM. En effet, sur la période 2006-2011, les pouvoirs publics privilégiaient les transferts de charges de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire et les ménages, qui prenaient la forme de modifications du panier de soins remboursables, de baisses des taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ou de la création de contributions forfaitaires et de franchises.

Ces transferts de charges ont été progressivement réduits au profit de la création ou de l'augmentation de taxes parafiscales, prélevées sur les organismes complémentaires d'assurance maladie et versées à l'assurance maladie obligatoire ou au Fonds CMU. Ce procédé ne fait pas apparaître, aux yeux des assurés sociaux, un désengagement financier de l'assurance maladie obligatoire. Il fait supporter aux seuls organismes complémentaires d'assurance maladie la responsabilité de devoir afficher une hausse de leurs coûts. L'assurance maladie complémentaire est désormais sollicitée non seulement pour compléter les prestations de santé prises en charge ou non par l'assurance maladie obligatoire, mais aussi pour pallier le besoin de financement de la branche maladie de la Sécurité sociale. La Mutualité Française conteste ce rôle de « financeurs invisibles », auquel les OCAM sont ainsi réduits. Concernant la situation des mutuelles, je tiens de plus à rappeler le contexte financier contraint pour ces organismes. Depuis plusieurs années, elles se voient imposer des dispositifs législatifs et réglementaires qui encadrent de plus en plus leurs contrats, homogénéisent le niveau de leurs garanties et modifient profondément leur modèle économique. La capacité des mutuelles à solvabiliser des dépenses nouvelles sera nécessairement très limitée dans les années à venir et ne pourra passer que par une augmentation de leur cotisation.

Je veux ensuite vous faire part d'observations sur certaines préconisations de ce rapport.

- *Au III-A-1-a : le rapport propose une « harmonisation des assiettes du TM à l'hôpital à coût constant pour l'assurance maladie». La Mutualité Française partage l'objectif d'harmonisation mais pas les conditions d'application de la règle de neutralité budgétaire associée. Il semble que le procédé conduise à ce que les OCAM compensent la perte financière des établissements. Cette situation figerait les écarts constatés entre établissements et pose de plus la question de la façon dont les OCAM compenseraient. Pour ces deux raisons, la Mutualité Française est fermement opposée à cette règle.*

- *Aux I-B-3-b, III-B-2 et dans la recommandation 26, le rapport préconise de « lever les obstacles au développement et au fonctionnement des réseaux de soins bucco-dentaires, notamment en leur garantissant un accès intégral aux donnés de facturation ». L'objectif des réseaux de soins est de faciliter l'accès des adhérents et assurés aux soins prothétiques, en proposant une aide à l'orientation vers des professionnels de santé référencés sur des critères de qualité, de maillage territorial et de tarifs. Pour la Mutualité Française, ces préconisations vont dans le bon sens.*

- *Aux II-B-2 et III-A-4, le rapport se prononce en faveur de l'information au patient, dans le devis, sur le prix d'achat de sa prothèse dentaire. Les OCAM ont toujours été favorables à l'introduction de la mention du « prix d'achat » de la prothèse dans le devis-type.*

- *Au III-A-2-dernier paragraphe, vous écrivez qu'« un contrat d'accès aux soins pourrait être envisagé pour les dentistes libéraux, à l'instar de celui instauré pour les centres de santé dentaires ». Avant toute chose, la Mutualité Française considère qu'il serait utile d'analyser précisément la pertinence et l'efficacité du dispositif instauré dans les centres de santé dentaires, avant d'en envisager l'extension aux chirurgiens-dentistes libéraux.*

- *Au III-A-4-dernier paragraphe, la recommandation 21 préconise l'institution, par une disposition législative, d'une «obligation de transmission à l'assurance maladie obligatoire et aux assureurs complémentaires des informations relatives à l'ensemble des actes, y compris non remboursables, en conditionnant les prises en charge de cotisations sociales au respect de cette obligation ».*

La Mutualité Française approuve la proposition visant à enrichir l'nformation transmise aux organismes complémentaires d'assurance maladie. Il s'agit là d'une revendication constante des OCAM, premiers financeurs des soins dentaires, qui ont besoin d'informations supplémentaires pour leur gestion du risque. Sur ce sujet :

- *proposer de conditionner la prise en charge des cotisations sociales des chirurgiens-dentistes au respect de cette obligation de transmission peut constituer une mesure efficace.*
- *en revanche, l'idée d'une prise en charge partielle de ces cotisations sociales par les OCAM, telle qu'évoquée au III-C-2, ne saurait être envisageable dans la mesure où ces derniers ne pourraient pas rendre compte à chaque adhérent et assuré de l'utilisation qui serait ainsi faite de sa propre cotisation. La Mutualité Française s'oppose fermement à toute mesure confinant les organismes complémentaires d'assurance maladie dans un rôle de « financeurs invisibles » et aggravant leurs charges, en toute opacité, sans même contribuer à financer des soins de qualité.*
- *Aux III-C et suivants, le rapport évoque un recentrage de l'action de l'assurance maladie obligatoire sur la prévention et un financement au premier euro des soins prothétiques par l'assurance maladie complémentaire. Pour la Mutualité Française, la santé bucco-dentaire doit s'envisager dans le cadre d'un parcours de soins dentaire dans lequel la prise en charge des soins préventifs et curatifs devrait davantage être coordonnée que segmentée.*
- *Enfin, nous souscrivons pleinement à la recommandation 21 qui préconise la mise en place de requêtes standardisées et automatisées, à partir des bases de données de l'AMO, afin de détecter les actes et facturations atypiques en vue de sanctions effectives des praticiens fautifs. Les organismes complémentaires sont en effet très demandeurs d'une action, en lien avec l'AMO, en matière de lutte contre les abus, fautes et fraudes, qui soit suivie d'effets.*

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à nos analyses et observations et restons à votre disposition pour tout échange sur les scénarios d'évolution de la prise en charge des dépenses de santé en faveur d'un système plus équitable et plus performant.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'UNION NATIONALE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (UNOCAM)

- *Au IV-I-A-2, vous évoquez les transferts de charge de l'assurance maladie obligatoire vers les ménages et, partant, vers les organismes complémentaires d'assurance maladie.*

Sur la période 2006-2011, les pouvoirs publics privilégiaient les transferts de charges de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire et les ménages, qui prenaient la forme de modifications du panier de soins remboursables, de baisses des taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ou de création de contributions forfaitaires et de franchises

Ces transferts de charges ont été progressivement réduits au profit d'un renforcement des baisses de prix - en particulier de médicament - et de la création ou de l'augmentation de taxes parafiscales, prélevées sur les organismes complémentaires d'assurance maladie et versées à l'assurance maladie obligatoire ou au Fonds CMU.

Ce procédé ne fait pas apparaître, aux yeux des assurés sociaux, un désengagement financier de l'assurance maladie obligatoire. Il fait supporter aux seuls organismes complémentaires d'assurance maladie la responsabilité de devoir afficher une hausse de leurs coûts.

L'assurance maladie complémentaire est désormais sollicitée non seulement pour financer les prestations de santé qui sont prises en charge partiellement ou qui ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, mais elle est aussi mise à contribution pour pallier le besoin de financement de la branche maladie de la Sécurité sociale. L'UNOCAM conteste ce rôle de « financeurs invisibles », auquel les organismes complémentaires d'assurance maladie sont ainsi réduits.

- *Au II-A-3-b, vous évoquez les dispositifs mis en œuvre en vue de généraliser la couverture complémentaire santé (CMU-C, ACS, labellisation de contrats individuels des 65 ans et plus, etc.).*

L'UNOCAM considère que la généralisation de l'assurance complémentaire santé ne saurait être réalisée par la juxtaposition de dispositifs catégoriels. Par principe, l'UNOCAM n'est pas favorable à la multiplication de mesures catégorielles segmentant par population l'offre d'assurance complémentaire santé. Premièrement, rien n'établit a priori *que la sélection de contrats sur des niveaux de garanties et de cotisations intègre une contrainte de soutenabilité économique de long terme.*

Deuxièmement, la segmentation des offres limite la mutualisation des risques qui est l'activité-même des organismes complémentaires d'assurance maladie. Troisièmement, ces mesures catégorielles deviennent, par leur multiplication, illisibles pour la population, ce qui peut provoquer de nouveaux cas de non recours et des ruptures de droits. L'accumulation de telles mesures peut contribuer à gravement déséquilibrer l'activité des organismes complémentaires d'assurance maladie.

- *Certains organismes complémentaires d'assurance maladie ou plateformes contractualisent directement avec des professionnels de santé afin de pouvoir offrir des soins de qualité aux adhérents et assurés à des tarifs moindres et/ou avec une meilleure prise en charge. Pour l'UNOCAM, ces réseaux de soins peuvent intervenir utilement dans la régulation de certaines dépenses de santé. Publiées par la DREES en 2015, Les dépenses de santé en 2014 font apparaître que le taux d'évolution de la dépense d'optique entre 2013 et 2014 est nettement inférieur au taux d'évolution des autres grandes catégories de dispositifs médicaux. Cela confirme le ralentissement de la croissance de la dépense d'optique observée depuis 2011, alors que la croissance des autres catégories de dispositifs médicaux s'accélère sur la période 2008-2014. La modération constatée dans l'évolution de la dépense d'optique pourrait s'expliquer en partie par l'action des réseaux mis en place par les organismes complémentaires d'assurance maladie.*

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE (CTIP)

Dans le contexte législatif et réglementaire très dense que nous vivons depuis plusieurs années, ce rapport a le mérite de faire le point sur l'efficience du système français de couverture du risque de maladie. Il constate notamment que si la part de l'assurance maladie obligatoire est restée à peu près stable, les déséquilibres se sont creusés entre les malades atteints de pathologies lourdes et les autres (I-C-tableau n° 49), entre les plus âgés et les plus jeunes (II-C-tableau n° 51), et même entre malades ayant des parcours de soins différents, comme le démontre votre analyse des « restes à charge » (RAC). Il estime, par ailleurs, que cette situation résulte de la complexité du système de remboursement et de la confusion des fondamentaux qui devraient conduire à une distribution optimale des rôles des trois acteurs (assurance maladie obligatoire-AMO, assurance maladie complémentaire-AMC et ménages).

Le rapport juge que cette situation conduit à « un report croissant, coûteux et inégalitaire sur les assurances complémentaires » (III). Ce jugement d'inégalité se fonde sur le fait que, par essence, les principes de l'AMO et de l'AMC sont différents.

Malgré le poids croissant de la réglementation qui ôte aux contrats complémentaires une grande partie de leur efficacité potentielle (notamment en termes de flexibilité pour une meilleure adaptation à la diversité des besoins), il s'agit de contrats d'assurance qui répondent aux principes et à la réglementation de ce domaine. De notre point de vue, ce n'est pas en réglementant davantage ces contrats (pour qu'ils se rapprochent des principes qui régissent l'AMO) qu'ils seront plus efficients. Il serait préférable de chercher à optimiser la coordination des champs d'action de l'AMO et de l'AMC. Nous regrettons à cet égard que le rapport n'insiste pas davantage sur le rôle de co-régulateur du risque (et plus largement sur la prévention et l'accompagnement des assurés) que vous proposez pourtant que l'AMC joue.

Si la part des dépenses financées directement par les ménages est la deuxième plus faible en Europe, la Cour met en exergue une dispersion infondée des « restes à charge » (RAC). Nous convenons qu'une faible part des RAC sont excessifs au regard de la situation de certains ménages. Toutefois, avant d'avancer une solution, il serait nécessaire d'analyser plus en détail l'origine de ces RAC excessifs. Ces derniers

peuvent en effet avoir des causes très diverses[624]. Seuls les RAC excessifs relatifs à des soins efficients et à des produits de santé à service médical rendu important nous semblent poser un problème de fond, mais cette fraction n'est pas connue. Il serait donc utile de procéder à une étude quantitative sur un échantillon significatif AMO + AMC.

Le rapport ouvre plusieurs pistes de réflexion :

1/ Un scénario d'amélioration de l'accessibilité aux soins (harmonisation des TM à l'hôpital, outils visant à limiter les dépassements, modification du ciblage des aides publiques accordées aux complémentaires santé et notamment réorientation des aides aux contrats collectifs vers d'autres dispositifs (III-A). Nous rappelons que le CTIP a fourni à maintes reprises son analyse de la question des « aides publiques » accordées aux contrats collectifs. Une telle piste aurait pour effet d'abaisser encore le niveau de protection apporté par ces contrats, retenus à juste titre par les pouvoirs publics comme vecteur de la généralisation de l'AMC pour les salariés du secteur privé.

2/ Un scénario de couverture complémentaire obligatoire pour l'ensemble de la population en faisant référence à un dispositif proche de l'Agirc-Arrco ou des Pays-Bas (III-A-3-b). Les effets sur le taux de prélèvements obligatoires sont précisés (1,2 points de PIB, comme évoqué par le CTIP) tout en soulignant que ce système ne serait pas automatiquement intégré aux comptes publics.

Il nous semble que ce second scénario aurait deux inconvénients majeurs :

- *n'affectant pas les comptes publics, il contribuerait à masquer les problèmes de fond de notre système AMO/AMC.*
- *il engendrerait une plus grande uniformisation alors que la diversité des besoins augmente.*

3/ Un scénario de « panier AMO resserré » sur les soins essentiels (exclusion de l'optique pour les plus de 18 ans, du dentaire, des médicaments au service médical rendu faible). Les postes de soins exclus

---

[624] *Par exemple :*
- *RAC volontaire (auto-assurance),*
- *RAC maîtrisé imposé par les pouvoirs publics, pour favoriser la responsabilisation des assurés (franchises et participations forfaitaires),*
- *RAC dû au non-respect du parcours de soins,*
- *RAC sur les soins ou produits de santé dont le service médical rendu est plus ou moins important.*

du « panier AMO resserré » seraient confiés aux complémentaires comme dans d'autres pays européens (III-B). Ce scénario prévoit un renforcement des responsabilités des AMC dans la gestion du risque avec un rôle de négociation avec les professionnels de santé et un accès plus complet aux données (III-B-2). Une meilleure affectation des rôles sur chaque type de soins est en effet nécessaire, mais les AMC peuvent apporter davantage en termes de couverture et de services : c'est là un sujet de fond qui mériterait d'être approfondi, comme les assurances complémentaires le réclament depuis longtemps.

4/ Un scénario de refondation des modalités de prise en charge de l'AMO (plafonnement des RAC) que le rapport développe en s'appuyant sur les travaux de la Cour sur les RAC. Dans ce scénario, le rapport évoque les conséquences importantes sur le rôle des complémentaires et la nécessité de coupler ce scénario avec une redéfinition des champs d'intervention AMO/AMC (à l'instar du scénario 3). Cette solution suscite, comme vous le savez, de nombreuses controverses (complexité, déresponsabilisation, risque inflationniste, etc.). Nous nous bornerons ici à rappeler qu'avant de proposer une solution aux RAC excessifs, il faudrait au préalable disposer d'un éclairage plus précis sur la nature des RAC. Seule une connaissance approfondie des RAC nous permettra d'y apporter les réponses les plus adaptées.

Chapitre VI
Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder

RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU COLLÈGE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)

La HAS réitère ses réserves énoncées dans le courrier à la Cour du 29 mars 2016, sur le déploiement d'indicateurs sur l'ensemble du champ bucco-dentaire à court terme sans que le préalable d'une informatisation médicale des cabinets soit levé. L'accréditation, qui est une démarche à ce jour facultative et centrée sur des spécialités à risque, ne pourra également s'étendre aux chirurgiens-dentistes facilement et rapidement. Une modification législative et réglementaire est ainsi un pré-requis. Il est indiqué au II-B-1 que la HAS n'a pas mené de travaux depuis 2011. Cette information n'est pas exacte puisque la HAS a mis en ligne en avril 2016 un rapport d'évaluation sur les prothèses plurales en extension (bridges cantilever) et les prothèses plurales collées (bridges collés).

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE L'ASSURANCE (FFA)

La FFA partage l'ensemble du constat et des critiques formulées par la Cour sur les soins dentaires et la nécessité de mettre en place une véritable politique de santé publique :

- *définition d'un plan national bucco-dentaire et de priorités ;*
- *promotion de la qualité et de la sécurité des soins, notamment par le biais d'une plus forte mobilisation de la HAS et une évolution des modes d'exercice des chirurgiens-dentistes ;*
- *amélioration de la transparence du secteur (par une meilleure information des patients, notamment sur le prix d'achat des prothèses, et un enrichissement des informations communiquées aux financeurs, organismes de base et complémentaire) ;*
- *amélioration de la régulation des soins prothétiques (promotion des réseaux de soins, accentuation des contrôles et lutte contre la fraude, qui nécessiterait au passage une meilleure coordination entre assurances maladie obligatoire et complémentaire) ;*

- *redéfinition des responsabilités (entre assurance maladie obligatoire et complémentaire et vis- à-vis des assurés, dans le cadre de la mise en place d'un parcours de prévention et de soins).*

La FFA diverge toutefois sur deux points :

Certaines des solutions proposées par la Cour pour réguler le tarif des prothèses ne paraissent pas appropriées au secteur dentaire.

La FFA est opposée au plafonnement des remboursements des soins prothétiques dans les contrôles responsables : en faisant reposer la responsabilité sur les assurés et non les chirurgiens-dentistes, une telle mesure n'est pas en mesure de résoudre le problème intrinsèquement du niveau des tarifs des prothèses ; elle risque, au contraire, d'aggraver les difficultés d'accès aux soins dentaires et les renoncements.

L'instauration de prix limite pour les tarifs des prothèses n'est pas non plus souhaitable, principalement en raison des effets de bord induits. Si seules certaines prothèses sont visées, il y aura automatiquement des reports sur des prothèses non concernées par ces limites. Si les prix sont trop hauts, ils induiront des effets d'aubaine. S'ils sont trop bas, c'est toute l'action des réseaux de soins, qui ne se réduit pas à une action sur les tarifs, qui est affectée. Ces effets sont largement documentés en économie de la santé et nécessitent d'être pris en compte.

S'agissant enfin de l'instauration d'un contrat d'accès aux soins proposé aux chirurgiens- dentistes, l'importance des différences entre les profils d'acticité des médecins et des chirurgiens-dentistes (au regard notamment de l'extrême dispersion constatée au sein du secteur dentaire) appelle à la prudence quant à la mise en place d'un dispositif calé sur des moyennes nationales. L'évaluation de ce qui a été mis en place pour les centres de santé dentaires devrait mettre en évidence les limites d'un tel dispositif. La promotion d'engagements individuels, de type « rémunération sur objectif de santé publique » (ROSP), ou inspirés d'une logique de conventionnement sélectif, pourrait au contraire avoir du sens.

Certaines des modalités de financement proposées apparaissent en contradiction avec le les propositions tenues par ailleurs.

C'est le cas des propositions d'augmentation de la taxe sur les contrats d'assurance ou de la participation des organismes complémentaires au financement des cotisations sociales des chirurgiens-dentistes. Dans les deux cas, les organismes complémentaires sont réduits à un rôle de payeur invisible. Si les organismes complémentaires devaient être mis à contribution financièrement, d'autres pistes beaucoup plus

efficientes, d'un point de vue économique et pour une meilleure prise en charge de la santé des assurés seraient à explorer (meilleure coopération, ...).

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'UNION NATIONALE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (UNOCAM)

- *Aux I-B-3, III-B-2 et dans votre recommandation 26, vous préconisez de « lever les obstacles au développement et au fonctionnement des réseaux de soins bucco-dentaires, notamment en leur garantissant un accès intégral aux donnés de facturation ».*

L'objectif des réseaux de soins est de faciliter l'accès des adhérents et assurés aux soins prothétiques, en proposant une aide à l'orientation vers des professionnels de santé référencés (sur des critères de qualité, de maillage territorial et de tarifs). Pour l'UNOCAM, vos préconisations vont dans le bon sens.

- *Aux II-B-2 et III-A-4, vous vous prononcez en faveur de l'information du patient, dans le devis, sur le prix d'achat de sa prothèse dentaire.*

L'UNOCAM a toujours été favorable à l'introduction de la mention du « prix d'achat » de la prothèse dans le devis-type.

- *Aux II-B-3 et III-A-2 et dans votre recommandation 25, vous entendez plafonner, dans les contrats responsables, la prise en charge des soins bucco-dentaires par l'assurance maladie complémentaire.*

Les prix des soins prothétiques sont beaucoup plus élevés que le niveau actuel de leur remboursement par les organismes complémentaires d'assurance maladie. Dès lors, dans la situation actuelle, un plafonnement de leur remboursement entraînerait, toute chose égale par ailleurs, une augmentation du reste à charge des adhérents et assurés, lequel est déjà à l'origine de renoncements aux soins pour raisons financières. Dans ces conditions, contraindre le niveau de la prise en charge des organismes complémentaires d'assurance maladie présenterait un risque élevé de détériorer davantage une situation critique en termes de santé publique. En tout état de cause, il ne faudrait pas que le plafonnement du remboursement des soins prothétiques dans les contrats responsables décourage les actions volontaristes mises en place dans le cadre des réseaux de soins, que vous proposez de renforcer.

- *Au III-A-2, vous écrivez qu'« un contrat d'accès aux soins pourrait être envisagé pour les dentistes libéraux, à l'instar de celui instauré pour les centres de santé dentaires »*

Avant toute chose, l'UNOCAM considère qu'il serait utile d'analyser précisément la pertinence et l'efficacité du dispositif instauré dans les centres de santé dentaires, avant d'en envisager l'extension aux chirurgiens-dentistes libéraux.

- *Aux III-A-4 et dans votre recommandation 21, vous proposez l'institution, par une disposition législative, d'une « obligation de transmission à l'assurance maladie obligatoire et aux assureurs complémentaires des informations relatives à l'ensemble des actes, y compris non remboursables, en conditionnant les prises en charge de cotisations sociales au respect de cette obligation ».*

L'UNOCAM approuve la proposition visant à enrichir l'information transmise aux organismes complémentaires d'assurance maladie. Il s'agit là d'une revendication constante des premiers financeurs des soins dentaires, qui ont besoin d'informations supplémentaires pour leur gestion du risque.

Vous proposez de conditionner la prise en charge des cotisations sociales des chirurgiens-dentistes au respect de cette obligation de transmission, ce qui peut constituer une mesure efficace. En revanche, la prise en charge partielle de ces cotisations sociales par les organismes complémentaires d'assurance maladie, telle qu'évoquée au III-C-2, ne saurait être envisageable, dans la mesure où ceux-ci ne pourraient pas rendre compte à chaque adhérent et assuré de l'utilisation qui serait ainsi faite de sa propre cotisation. L'UNOCAM s'oppose fermement à toute mesure confinant les organismes complémentaires d'assurance maladie dans un rôle de « financeurs invisibles » et aggravant leurs charges, en toute opacité, sans même contribuer à financer des soins de qualité.

- *L'UNOCAM tient à rappeler le contexte financier contraint des organismes complémentaires d'assurance maladie. Depuis plusieurs années, ceux-ci se voient imposer des dispositifs législatifs et réglementaires qui encadrent de plus en plus leurs contrats, homogénéisent le niveau de leurs garanties et modifient profondément leur modèle économique. La capacité des organismes complémentaires d'assurance maladie à solvabiliser des dépenses nouvelles sera nécessairement très limitée dans les années à venir. Elle ne pourra passer que par une augmentation des cotisations des organismes complémentaires d'assurance maladie.*

- *Enfin, l'UNOCAM souscrit pleinement à votre recommandation 22 qui préconise de « mettre en place, à partir des bases de données de l'assurance maladie (obligatoire), des requêtes standardisées et automatisées permettant de détecter les actes et facturations atypiques et de sanctionner effectivement les praticiens fautifs ». Les organismes complémentaires d'assurance maladie sont, en effet, très demandeurs d'une action en lien avec l'assurance maladie obligatoire en matière de lutte contre les abus, fautes et fraudes, qui serait suivie d'effets.*

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS-DENTISTES (ONCD)

Les développements que vous avez bien voulu soumettre à notre avis apportent les observations suivantes de notre part :

1- Les centres de santé dentaire

Lieu d'installation des centres de santé :

La Cour des comptes souligne que les centres de santé s'installent dans des zones souvent désertées par les praticiens libéraux.

Une telle affirmation ne nous paraît pas conforme à la réalité : la majorité des nouveaux centres ouvrant dans les grandes villes, déjà bien pourvus en praticiens libéraux ou autres centres de santé.

La Cour le relève d'ailleurs, en précisant que 55 des 90 centres associatifs ouverts depuis 2010 l'ont été en Ile de France.

Disparition de l'agrément préalable pour l'ouverture de ces centres de santé :

Le Conseil National de l'Ordre prend note de la forte progression de la création des centres de santé associatif depuis 2009, parution de la loi HPST : on passe de 25 centres associatifs à 115 en l'espace de 6 ans (selon les chiffres donnés par la Cour elle-même), soit 90 de plus. Sachant que 60 ont été créés dans le courant du premier semestre 2016.

Activité des centres dentaires :

La Cour des comptes souligne que l'activité des centres est semblable à celle constatée dans les cabinets libéraux, et ne fait pas apparaître de surpondération des soins prothétiques.

Cependant, ce constat découle des recensements réalisés par la CNAMTS, qui ne peuvent porter que sur les actes pris en charge par l'assurance maladie. Or, certains actes relevant de l'art dentaire, comme les actes d'implantologie, ne font pas l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. L'activité des centres a-t-elle porté sur cette partie de l'exercice de la profession ?

D'autant que la Cour relève par la suite qu'un certain nombre de centres pratiquent une surpondération qui pourrait être le signe d'une dérive visant à favoriser les soins les plus rémunérateurs.

Et ce sont ces dérives, qui manifestent clairement un non-respect des règles professionnelles, dont les dispositions du code de déontologie, qui ont motivé les actions de l'ordre national contre certains centres.

Réaction de l'ordre :

Les actions de l'Ordre, décriées par la Cour des comptes, reposent essentiellement sur la mission qui lui est confiée par le code de la santé publique, et tout particulièrement veiller à l'application des règles déontologiques par les personnes qui exercent la profession.

Les dérives de ces quelques centres ne sont pas loin de pratiques « mafieuses », en poussant les patients à prendre des crédits, versés directement au centre, pour des soins en partie, voire pas du tout réalisés.

L'ordre constate que, s'agissant de tourisme dentaire, de soins dans certains centres de santé, dans les réseaux de soins, d'offre de soins par des groupements d'achats, tout tourne autour de la prothèse et de l'implantologie et non pas des soins conservateurs. Il existe donc un réel souci pour l'exercice de la profession entre prévention, soins conservateurs, soins prothétiques et soins implantaires.

Les dérives constatées, et non contestables, montrent à l'évidence que la législation doit être modifiée, que la délégation partielle ou totale de gestion ne peut être admise, que les projets de santé et règlement intérieur doivent être communiqués, que les professionnels exerçant dans ces centres, nécessairement en qualité de salariés, doivent être clairement identifiés.

Nous tenons à préciser que les relations sont engagées depuis de nombreuses années avec le réseau de la Mutualité ; que l'Ordre n'est pas hostile au développement des centres de santé dentaires, qu'ils soient mutualistes, associatifs, municipaux ou d'une autre nature juridique ; qu'il tire toutes les conséquences - à son niveau- du rapport de l'IGAS ; que, enfin, il veille au respect de la déontologie non seulement en pratique libérale mais aussi salariée.

L'ordre n'est pas opposé à la création des centres de santé, et à l'exercice des praticiens dans ces structures, qui ont toute leur place dans le paysage de l'offre de soins.

Bien au contraire.

Mais l'ordre estime qu'il convient de faire la distinction entre les centres qui respectent les règles professionnelles et ceux qui s'en croient dispensés, comme c'est le cas pour les professionnels eux-mêmes.

Des contacts fructueux ont été noués avec le réseau de la Mutualité, et plusieurs réunions organisées sous la présidence d'Etienne Caniard et son équipe de direction, avec comme objectif d'accompagner le développement des centres de santé mais aussi de respecter le code de déontologie. D'autres réunions sont à organiser.

2- Les réseaux de soins

La Cour fait état des « affaires » de pratiques anti-concurrentielles dont se serait rendu coupable le Conseil National de l'Ordre.

La première de ces « affaires » concernait des faits de détournement de clientèle et de dénigrement de praticiens hors réseaux, au profit de ceux membres du réseau, à l'occasion d'analyse de devis par une plateforme en particulier, dont les agissements restent à la limite du respect des règles relatives notamment au secret professionnel et à l'exercice d'une profession réglementée.

Encore une fois, force est de constater qu'il nous est reproché des faits remontant à 2002, soit plus de 13 ans !

3- Les limites de fait à l'autocontrôle de la profession

La Cour des comptes, dans le chapitre concernant le contrôle de la profession, semble remettre en question le dispositif de contrôle par la profession elle-même, par le biais de l'ordre, en soulignant la faiblesse de ces contrôles.

Cependant, 600 visites de cabinet dentaire dans le courant de l'année 2016 ne pe ut pas être considéré comme un chiffre négligeable.

En outre, dans un précédent rapport, la cour elle-même relevait que si les conseils départementaux bénéficiaient de certains pouvoirs de contrôle, il ne bénéficiait pas des compétences aussi larges que celles dont disposent les services d'inspection de l'ARS.

En effet, si les textes attribuent à l'ordre certaines missions de contrôle de la profession, il ne dispose pas des moyens nécessaires pour mener à bien ces missions.

Il ne s'agit donc pas de limites de fait, mais de limites de droit à l'autocontrôlé de la profession.

Ainsi que le relève la cour des comptes, les visites confraternelles sont tributaires de l'accord du praticien concerné.

En outre, le conseil départemental de l'Ordre n'a pas un pouvoir de sanctions : il ne peut que traduire un praticien devant les juridictions ordinales, à condition toutefois d'avoir relevé à son encontre des manquements aux règles de la profession.

Une procédure disciplinaire ne peut pas être engagée sur de simples présomptions de manquements.

Il nous paraît nécessaire, en l'état actuel des textes, de favoriser un travail en commun des différentes instances (Ordre, ARS, CPAM, service médical), afin d'optimiser les différentes procédures de contrôle de la profession.

Chapitre VII
La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical

RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DU CENTRE HOSPITALIER JACQUES-CŒUR DE BOURGES

Je souhaite apporter un complément au chapitre VII du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, notamment sur la phrase figurant dans le rapport : « Ces défaillances attestent en réalité de l'absente de priorité donnée au suivi de ces dépenses ».

En termes de santé, la priorité du centre hospitalier Jacques-Cœur de Bourges est de mettre en place des systèmes assurant une qualité et une sécurité de prise en charge des patients par l'intermédiaire de l'amélioration de la traçabilité.

L'informatisation des prescriptions (médicament, biologie, examens, dispositifs médicaux...) assure une amélioration de la qualité et de la gestion des risques des prescriptions. Elle limite la non qualité, susceptible de générer un coût très important.

Si toutefois, l'objectif de l'informatisation de ces circuits est de maîtriser les dépenses liées aux prescriptions, il conviendrait de développer des liens avec des référentiels nationaux opposables afin de déterminer la pertinence des prescriptions en regard des pathologies prises en charge.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU GROUPE HOSPITALIER DE LA RÉGION DE MULHOUSE ET SUD ALSACE

Pour le GHRMSA, la difficulté à produire une analyse individuelle par médecin des prescriptions ne résulte pas de facteurs organisationnels. Les questions techniques et informatiques subsistent encore en effet.

Le système d'information hospitalier actuellement disponible ne permet pas de rattacher les dépenses médicales par praticien à partir des traces informatiques de la prescription, de l'administration et du prix d'achat.

En revanche, ces évolutions logicielles prévues en 2016 et 2017 vont permettre de connaitre le prix du médicament au moment de la prescription et de relier cette information au prescripteur.

Chapitre VIII
La modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficience du système de soins à renforcer

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HÔPITAUX DE PARIS (AP-HP)

Je partage une grande part du diagnostic de la Cour des comptes, qui reprend notamment les constats et propositions établis par la Chambre régionale d'Île-de-France à l'occasion de son enquête « plan hôpital système d'information » réalisée à l'AP-HP et repris dans son rapport d'observations définitives auquel j'ai répondu le 8 juin dernier. Je souhaite en complément vous apporter directement quelques précisions.

La Cour souligne à juste titre que le schéma directeur des systèmes d'information de l'AP-HP 2004-2010 n'avait pas été renouvelé depuis lors. Je porte à votre connaissance l'adoption par le conseil de surveillance de l'AP-HP le 16 juin dernier du nouveau schéma directeur de l'institution, pour la période 2016-2020. Vous trouverez ce schéma directeur en ligne sur notre site : www.aphp.fr

Aligné sur les orientations du Plan stratégique de l'AP-HP, qui a fourni le cadre prospectif de la transformation numérique de l'établissement, le schéma directeur développe avec ambition les lignes d'action à conduire : déploiement d'un système d'information de production de soins unifié en interne et ouvert sur les territoires de santé, mise en place d'outils performants au service de la recherche et de l'innovation, prise en compte des enjeux posés par l'évolution des outils de gestion et de pilotage, modernisation des infrastructures, évolution de la gouvernance et de la fonction informatique, y compris en matière de ressources humaines, afin de mener à bien ce programme de travail.

Le rapport mentionne le nombre important d'applications actives à l'AP-HP. Je vous précise que la chambre régionale des comptes a retenu le chiffre de 870 applications (et non d'un millier) à l'AP-HP. Quoi qu'il en soit, ce nombre est trop élevé et nous avons d'ores et déjà engagé une rationalisation de la cartographie des applications afin de remédier à la fragmentation de notre système d'information. La Cour souligne les résultats positifs de la mise en place d'un logiciel unique de finances, de comptabilité et de gestion des stocks ainsi que d'un logiciel unique de gestion des ressources humaines avec l'arrêt de nombreuses applications.

Le décommissionnement des applications qui ne répondent plus véritablement aux besoins mais constituent des charges, notamment de maintenance, est un chantier à part entière faisant désormais l'objet d'un pilotage centralisé.

Le rapport note les difficultés de recrutement inhérentes au secteur informatique hospitalier. L'AP-HP intervient dans une région particulièrement concurrentielle sur le recrutement d'ingénieurs et de techniciens de haut niveau, indispensables au développement de nos systèmes d'information hospitaliers. J'ai récemment lancé, dans le cadre du schéma directeur, des travaux en vue de la constitution d'une véritable filière informatique hospitalière, intégrant les Universités et les écoles d'ingénieurs et le développement de parcours professionnel attrayants. La réflexion doit également être ouverte sur les grilles de rémunération pratiquées. Ces actions pourraient être appuyées par le Ministère de la santé, alors que nous mettons en place des projets de bio-informatique et de mégadonnées (big data) qui vont demander le recrutement de profils très particuliers avec une double formation.

Le rapport souligne les difficultés inhérentes à la mise en place d'un dossier patient unique sur toute l'AP-HP. Ce projet, qui a connu des difficultés, se déploie actuellement au rythme d'un établissement par mois sur le module d'identité : 26 hôpitaux disposent déjà de l'identifiant unique du patient et le déploiement sera effectif pour toute l'AP-HP en octobre 2017. Les autres modules (dossier médical, dossier de soins, rendez-vous, gestion des blocs, prescription,…) seront déployés progressivement d'ici 2019. Au-delà des raisons évoquées par la Cour, la taille de l'AP-HP oblige l'éditeur à mettre en place des solutions techniques innovantes pour assurer la performance de l'application. Nous avons obtenus en 2016 de premiers résultats encourageants.

En parallèle, j'ai souhaité lancer des projets à forte valeur ajoutée pour les patients, tels le paiement en ligne des frais de séjour et des consultations, opérationnel depuis mai 2015, ou la prise de rendez-vous en ligne, qui va être déployée à compter du dernier trimestre 2016. Nous mettrons en place à compter de 2018 un compte patient permettant la connexion à distance pour échanger avec l'hôpital et offrir de nouveaux services à nos patients.

L'AP-HP démontre ainsi, par ces réalisations et perspectives, qu'elle a pris la mesure des enjeux de la transformation numérique à conduire au cours des prochaines années et se donne les moyens d'être un acteur majeur de cette révolution.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DES HOSPICES CIVILS DE LYON

Tout d'abord, les Hospices civils de Lyon, ne peuvent que souscrire aux conclusions de la Cour relatives à l'importance de garantir l'interopérabilité des applications, et de développer des systèmes d'information adaptés aux enjeux de la santé de demain. C'est notamment du fait des carences, sur ce point, des solutions disponibles sur le marché qu'ils ont décidé d'éditer leur propre suite logicielle.

De même, par leur participation au GIE HOPSIS, les HCL s'intègrent d'ores et déjà totalement dans la logique de mutualisation des systèmes d'information prônée par la Cour.

S'agissant de la recommandation relative aux modalités d'application des règles de la commande publique pour les établissements adhérant à des structures de coopération qui éditent des logiciels, les HCL sont pleinement conscients de cette problématique et relèvent à ce titre que l'ordonnance du 23 juillet 2015 autorise les pouvoirs adjudicateurs membres de groupements de coopération à déroger aux règles de la commande publique lorsque les conditions de la quasi-régie sont remplies[625].

Pour ce qui concerne plus particulièrement le GIE HOPSIS, les HCL veillent avec attention à ce que son fonctionnement respecte pleinement les dispositions juridiques qui lui sont applicables. Les HCL tiennent en effet à ce que la pérennité de cette coopération soit assurée, tant ils sont convaincus qu'elle constitue une réponse adaptée aux besoins d'innovation et de maîtrise des coûts des établissements de santé et contribue ainsi à une amélioration à la fois de la qualité et de l'efficience de la prise en charge des patients.

[625] *Article 17 de l'ordonnance du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.*

RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NÎMES

Au I-B-1, sur les rémunérations supérieures aux dispositions statutaires :

Il apparaît très clairement que si effectivement, une très grande part des personnels de ce service est sous statut contractuel pérenne (CDI) cette situation résulte de deux phénomènes : la professionnalisation et spécialisation inhérente à cette activité et l'absence récurrente de personnels titulaires de la fonction publique présentant les compétences adaptées à ces besoins. Il est donc naturel de se tourner vers des spécialistes, dont la grande majorité vient du secteur privé. Pour autant, le recrutement de ces personnels n'a donné aucunement l'occasion pour le CHU de Nîmes de créer des conditions inégalitaires dans le suivi de leur carrière au regard des titulaires.

Au I-C, sur la mise en œuvre du projet de dossier patient informatisé financé au titre du plan hôpital 2012 :

La formulation retenue dans le rapport semble indiquer que le CHU de Nîmes n'a pas mis en œuvre le projet alors même que le dossier patient informatisé a été déployé sur tout l'établissement et que seul le sujet de la prescription informatisée du laboratoire reste aujourd'hui inachevé. Ainsi, expliquer que le projet n'a pas abouti nous apparait inexact.

Concernant les autres points du rapport où le CHU de Nîmes est cité au chapitre XIII, au C-1, A-3 et B-1, nous n'avons pas d'observations complémentaires.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO

1) Les prérequis demandés dans le cadre du programme hôpital numérique ont tous été atteints par le CHA ; les cibles d'usage pour le domaine 3 (prescriptions informatisées) sont en cours d'atteinte avec comme objectif 4ème trimestre 2016. Des actions sont en cours pour atteindre les cibles d'usage des 4 autres domaines dans le courant de l'année 2017.

Concernant la convergence des SI au sein des GHT, les 7 établissements sanitaires publics de la région corse se sont positionnés dans une dynamique de Convergence forte des SI au sein du GCS-SIRSCO :

- *2012 : convergence vers les logiciels administratifs (GEF, GRH, Qualité…)*
- *2014 : déploiement du Dossier Patient Informatisé (DPI) DXCARE éditeur MEDASYS commun aux 7 établissements publics.*

Grâce au GCS-SYRSCO la convergence des SI au sein du GHT Corse du SUD était déjà réalisée avant la signature de la convention constitutive.

L'objectif est de poursuivre la mutualisation des SI hospitaliers :

- *Généralisation aux 6 autres établissements de la GAM PASTEL en production actuellement au CHA, les blocs opératoires, plateaux d'imagerie (RIS), circuit du médicament, laboratoires, PMSI.*

2) Subordonner le soutien financier aux investissements à la réalisation de gains d'efficience est évidemment une piste à poursuivre.

Sa contractualisation dans les CPOM est un objectif complémentaire logique.

3) Le GCS-SYSRCO a décidé lors de sa dernière AG de recruter un directeur en vue de sa structuration pour apporter une expertise en matière de maitrise d'ouvrage pour venir en appui aux projets informatiques hospitaliers.

En parallèle il aura pour missions :

- *Élaboration SDSI régional ;*
- *Recherche de financement ;*
- *Mutualisation des projets et des ressources des établissements ;*
- *Favoriser le retour sur investissements sur des projets communs ;*
- *Développer des nouveaux services.*

4) Depuis sa création, le GCS, lors de chaque consultation formalisée, impose aux éditeurs de logiciels de s'appuyer sur les référentiels d'interopérabilité et de sécurité en vigueur. La gestion commune des projets a également permis de partager les bonnes pratiques métiers (exemple DPI : mutualisations des dossiers patients, des questionnaires, paramétrages métiers communs …)

5) Les établissements membres du GCS-SYSRCO respectent les règles des marchés publics. En l'occurrence bien que les 7 établissements de Corse adhérent également au GIP de Bretagne éditeur de logiciels (notamment le DPI SILLAGE), le GCS-SYRSCO a lancé une procédure d'appel d'offre pour l'acquisition du DPI, et a choisi le logiciel de MEDASYS.

6) Dans le cadre de l'évolution du GCS-SYSRCO (voir point 3), une approche plus large d'informatique de santé partagée avec les autres acteurs de soins est en cours :

Acteurs de santé concernés :

- *Établissements sanitaires privés*
- *Établissements médicosociaux publics et privés*
- *Professionnels de santé de ville (médecins, associations, ide…..)*
- *Acteurs du secteur social*

Projets ciblés :

- *Imagerie régionale,*
- *Télé-radiologie,*
- *Télémédecine,*
- *Plate-forme régionale de services,*
- *Répertoire opérationnel des ressources (ROR),*
- *Messagerie sécurisée de santé,*
- *Aide au maintien à domicile,*
- *Projet SAMU régional,*
- *Hébergement de données de santé.*

RÉPONSE DE L'ADMINISTRATEUR DU GIE HOPSIS

Nous nous félicitons des conclusions de la Cour des comptes, qui font écho aux ambitions ayant motivé la création du GIE HOPSIS : innovation, interopérabilité et mutualisation. En outre, nous partageons pleinement la position de la Cour relative au nécessaire rappel des modalités applicables en matière de commande publique.

Dans un marché en pleine recomposition, où la pérennité des solutions commerciales n'est jamais acquise alors même que les coûts de migration logicielle sont considérables, les établissements de santé ont, aujourd'hui plus que jamais, besoin de sécurité juridique. L'évolution récente du droit permet de mettre un terme aux "débats déjà anciens" qu'évoque à juste titre la Cour.

Les dispositions juridiques applicables reconnaissent depuis de nombreuses années la possibilité pour les collectivités publiques de s'associer pour accomplir en commun certaines tâches, sans que l'entité créée à cet effet ne puisse être regardée comme un opérateur sur un marché concurrentiel. La doctrine fait référence à cette situation en parlant de quasi-régie, "d'exception in house", *ou, plus simplement, de coopération.*

Au fil des ans, la jurisprudence, tant française[626] *que communautaire*[627]*, n'a eu de cesse de conforter le régime de la coopération tout en précisant son champ d'application.*

Les nouvelles règles relatives aux marchés publics, entrées en vigueur le 1er avril 2016 en application de l'ordonnance du 23 juillet 2015, prévoient explicitement ce régime de quasi-régie en rappelant avec une précision jusque-là inédite les conditions d'application dégagées

---

[626] *Notamment : TA Grenoble, 15 mai 2008, n° 0404676 SNISS et CE, 4 mars 2009, Na 300481, SNIIS c/GIP Symaris, Publié au recueil Lebon : « si plusieurs collectivités publiques décident d'accomplir en commun certaines tâches et de créer à cette fin, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires qui leur sont applicables, un organisme dont l'objet est de leur fournir les prestations dont elles ont besoin, elles peuvent librement faire appel à celui-ci, sans avoir à le mettre en concurrence avec des opérateurs dans le cadre de la passation d'un marché public, dès lors qu'il leur consacre l'essentiel de son activité et qu'elles exercent conjointement sur lui un contrôle comparable à celui qu'elles exercent sur leurs propres services, un tel organisme ne pouvant en effet être regardé, alors, comme un opérateur sur un marché concurrentiel ».*

[627] *Notamment : CJCE, 18 novembre 1999, Teckal Sri, aff. C-107/98 et CJCE, 11 janvier 2005, Stadt Halle et RPL Lochau, aff. CB26/03*

jusqu'ici par la jurisprudence. Les pouvoirs adjudicateurs membres de groupements de coopération sont ainsi expressément autorisés à déroger aux règles de la commande publique lorsque les conditions de la quasi-régie sont remplies[628].

L'assemblée des membres du GIE HOPSIS est particulièrement vigilante au respect de ces conditions de la quasi-régie, afin de garantir l'application du régime de la coopération, sur la base d'expertises juridiques approfondies.

À ce titre, la portée de l'arrêt de la CJUE, mentionné avec raison par la Cour des comptes et qui consacre une nouvelle fois l'existence de l'exception in house *(CJUE, 19 juin 2014,* Centro Hospitalar de Setubal c/ Eurest Portugal), *est à préciser en ce qu'il concerne la présence de personnes privées à but non lucratif au sein d'un groupement. En effet, si la CJUE a considéré en l'espèce qu'une telle présence rendait applicable la directive « marchés publics », cela ne signifie pas que cette appréciation soit systématiquement généralisable et que toute participation directe d'une personne privée dans un groupement empêche l'application des règles de la quasi-régie. En particulier, la CJUE a fondé son analyse sur le fait que les personnes privées membres de l'association en cause dans l'affaire concernée peuvent poursuivre un intérêt au moins partiellement distinct de l'intérêt public. Or ce n'est pas le cas de toute personne privée. Ainsi il ne fait pas de doute que, compte tenu des critères mêmes de la qualification de « pouvoirs adjudicateurs » au sens du droit français et du droit européen, les personnes privées qui répondent à cette qualification poursuivent des objectifs d'intérêt public. Dès lors leur présence au sein d'une structure de coopération n'est pas susceptible de remettre en cause la relation de quasi-régie entre le groupement et ses membres.*

L'état du droit permet à présent de dissiper les incertitudes juridiques qui ont trop longtemps pesé sur les coopérations hospitalières, malgré la volonté du législateur, relayée par les tutelles, de développer les mutualisations.

---

[628] *Article 17 de l'ordonnance du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.*

Chapitre IX
Les réformes des retraites des salariés du secteur privé : un redressement financier significatif, une méthode à redéfinir dans la perspective de nouveaux ajustements

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAVTS)

Au II-B-1 (encadré) : intégration FSV

La Cour des comptes indique qu'elle « recommande de longue date d'intégrer le FSV au périmètre comptable » de la CNAVTS.

La caisse nationale tient à rappeler les réponses qu'elle avait déjà formulées dans le cadre de la certification de ses comptes. Le Fonds de solidarité vieillesse est un établissement public de l'État dont la mission est le financement d'avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale servis par les régimes de retraite de base de la sécurité sociale. Le principe qui a guidé le législateur lors de la réforme de 1993 instituant le Fonds de solidarité vieillesse visant à identifier les dépenses de solidarité ne peut conduire à l'intégrer au périmètre comptable de la branche retraite du régime général de sécurité sociale.

RÉPONSE COMMUNE DU PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES INSTITUTIONS DE RETRAITE DES CADRES (AGIRC), DU VICE-PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES INSTITUTIONS DE RETRAITE DES CADRES (AGIRC), DU PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION POUR LE RÉGIME DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE DES SALARIÉS (ARRCO) ET DU VICE-PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION POUR LE RÉGIME DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE DES SALARIÉS (ARRCO)

Nous observons que le rapport de la Cour rend bien compte de la dynamique de réforme et de fonctionnement des régimes de retraite complémentaire paritaires AGIRC et ARRCO. Comme le souligne le rapport, les Partenaires sociaux ont mis en œuvre un pilotage régulier, « en évitant les ajustements brutaux » et ont su ajuster les paramètres pour prévenir « des déficits, mais aussi pour accumuler des excédents (par exemple, à partir de 1998) destinés à mieux faire face aux déséquilibres liés à la démographie comme à la conjoncture économique ».

Ces résultats ont été obtenus de la manière suivante. Dans le cadre de l'exercice de leurs responsabilités, les Partenaires sociaux ont disposé de la pleine maîtrise des calendriers de négociations et du choix des scénarios sous-tendant leurs travaux, pour conduire le pilotage de la retraite complémentaire, comme ils ont su le faire depuis la mise en place des régimes et, en dernier lieu, par l'accord du 30 octobre 2015. Le pilotage paritaire est par principe prudentiel, notamment en ce qui concerne le choix des scénarios économiques, plus prudents que ceux des pouvoirs publics, et les évaluations d'impact des mesures prises à l'issue d'un accord. En outre, leur autonomie de décision leur a permis d'actionner des leviers qui n'auraient pas nécessairement été retenus par les pouvoirs publics.

Les Partenaires sociaux sont convaincus qu'un régime par répartition ne peut, pour conserver sa légitimité, être durablement déficitaire. Ainsi, la retraite complémentaire paritaire n'a non seulement pas produit un euro de dette mais dispose d'environ 60 milliards de réserves. Le pilotage paritaire a contribué ainsi significativement à la réduction de la dette publique.

Dans cet esprit, les Partenaires sociaux ont fait le choix, pour le futur régime unifié de la retraite complémentaire, d'instaurer (article 11 de l'accord du 30 octobre 2015) un mécanisme de pilotage pluriannuel à

double niveau visant à cadrer leurs travaux, objectiver leur décisions et s'astreindre à surveiller certains indicateurs :

- *pilotage stratégique dans le cadre d'accords de pilotage pluriannuels (tous les 4 ans) fixant des objectifs en termes de trajectoire d'équilibre ;*
- *pilotage tactique au travers des ajustements de paramètres annuels décidés en tant que de besoin par le conseil d'administration du futur régime unifié.*

L'accord du 30 octobre 2015 a fixé des critères de soutenabilité appréciés sur une durée de quinze ans :

- *un niveau de réserves minimal fixé à six mois de prestations propre à amortir les aléas conjoncturels.*
- *et l'examen de l'évolution du rapport de charges du futur régime unifié.*

Un mécanisme de « devoir d'alerte et de saisine d'office » prévu par l'accord pour le conseil d'administration du régime unifié, est susceptible de déclencher, en cas d'alerte ou de changement significatif de conjoncture économique, une négociation au niveau national et interprofessionnel.

Dès lors, les Partenaires sociaux ne sont pas, bien évidemment, opposés aux concertations avec les pouvoirs publics. Nous notons toutefois qu'il en existe d'ores et déjà dans le cadre de travaux réguliers de prospective au niveau du COR, dans lesquels les Partenaires sociaux sont fortement impliqués. Les régimes ont le souci de la plus grande transparence à l'égard des autorités publiques : ministères, commission des comptes de la Sécurité sociale, DREES. En outre, le Comité de suivi des retraites, instauré par la loi du 20 janvier 2014, a pour objectif de disposer d'une vision d'ensemble du système de retraite de notre pays, public et privé.

En conséquence, nous nous interrogeons fortement sur l'intérêt de la création d'une instance supplémentaire, spécifique au secteur privé dans un contexte de diversification des parcours professionnels et d'harmonisation des paramètres. Elle risquerait de créer un cloisonnement supplémentaire dans le système de retraite et viendrait se surajouter aux instances existantes.

Le développement de la concertation devrait donc s'inscrire dans les instances existantes mais il importe, pour préserver la dynamique de fonctionnement de la retraite complémentaire, que les échanges s'en

tiennent à la concertation. Il faut, en effet, distinguer le champ de la concertation de celui de la prise de décision pour ne pas diluer la responsabilité effective des différents acteurs.

De même, les Partenaires sociaux ne sont pas opposés, par principe, à un seul scénario central mais cela ne garantirait pas son caractère prudentiel.

Ainsi, au vu de l'expérience passée, il nous semble que les recommandations 38 à 41 pourraient avoir pour conséquence d'obérer le choix des scénarios économiques retenus par les Partenaires sociaux et leur autonomie dans les décisions, affaiblissant ainsi l'efficacité de leur pilotage au service des 30 millions de Français qui leur confient leur retraite complémentaire.

Chapitre X
La certification des comptes des régimes de base de sécurité sociale : une première étape réussie, de nouveaux enjeux

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)

D'une manière générale, elle partage le regard positif porté par la Cour sur la démarche de Certification, et sur la dynamique vertueuse que cette dernière a permis d'enclencher au sein des branches, tant du point de vue de la qualité des comptes et de la maîtrise des risques que des organisations, des outils de pilotage et des processus de travail au sein de ces dernières.

Elle tient ici à réaffirmer l'engagement de la branche Recouvrement à poursuivre dans cette dynamique de progrès dans le cadre de la trajectoire de levée progressive des réserves élaborée avec l'équipe de certification. L'approfondissement des dispositifs de maîtrise des risques que la Cour appelle en particulier de ses vœux pour les années à venir est évidemment un élément essentiel de cet engagement.

Au-delà de ces considérations générales, l'Acoss souhaite faire part à la Cour de plusieurs observations plus ciblées sur les développements du rapport.

La première porte sur la recommandation de la Cour de faire de la levée des réserves sur les comptes un axe majeur des prochaines conventions d'objectifs et de gestion. L'Acoss tient à rappeler la forte attention déjà portée, pour la préparation de la COG 2014-2017, à la prise en compte des principaux axes de progrès identifiés par la Cour dans le cadre de la certification des comptes. Sans pour autant faire l'objet d'un axe dédié compte tenu de la construction de la COG par thématique métier, les principales recommandations de la Cour trouvent dès à présent un prolongement en de nombreux points de ce document. La préparation de la prochaine COG sera l'occasion de fixer, conjointement avec l'État, les actions prioritaires pour la levée des réserves encore exprimées par la Cour ainsi que les moyens correspondants.

La seconde porte sur la recommandation de la Cour d'élargir le champ des échanges d'informations entre la haute juridiction et les commissaires aux comptes des entités en relation avec les organismes du Régime Général. L'Acoss, qui assure le recouvrement de recettes au bénéfice d'un nombre très important d'attributaires extérieurs au champ de la sécurité sociale, est naturellement favorable à cette

recommandation. L'approfondissement de ces échanges lui semble de nature à faciliter le dialogue entre elle-même et ces entités ou leurs autorités de certification, ainsi qu'à encourager une uniformisation des pratiques, gage d'efficience globale du processus.

La troisième et dernière observation touche au calendrier de clôture et de certification des comptes. La Cour recommande de faire converger progressivement le calendrier de certification des comptes des organismes de sécurité sociale (OSS) avec celui des comptes de l'État, ce qui permettrait de disposer un mois plus tôt du rapport de certification des comptes. Elle préconise également dans ce cadre de revoir les processus de clôture des comptes, notamment en vue d'anticiper certaines opérations d'estimations comptables avant la fin de l'exercice. Si l'Acoss partage la préoccupation de la Cour d'anticipation du calendrier, et entend bien sûr poursuivre ses efforts en la matière, il lui semble souhaitable de subordonner cette anticipation à une étude préalable, qui permette d'envisager tous les scénarios possibles et d'apprécier précisément les marges qui demeurent en matière de raccourcissement du calendrier, compte tenu notamment des conséquences que pourrait avoir ce dernier sur la qualité desdites estimations.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE AUTONOME NATIONALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DANS LES MINES (CANSSM)

Il pourrait être fait mention de l'opinion des commissaires aux comptes pour la certification des comptes 2015 : « L'exercice 2015 rend compte d'une dynamique d'amélioration du dispositif de contrôle interne et de la qualité des processus comptables. Des avancées significatives ont ainsi été constatées qui nous ont permis de lever les réserves antérieures. La démarche de refonte du contrôle interne relatif à l'offre de soins, engagée en 2013, s'est poursuivie en 2014 et sur 2015. Les outils de pilotage de l'activité sont maintenant en place et plusieurs contrôles thématiques ont été déployés dans les CARMI en particulier sur le second semestre 2015. La cartographie des risques est maintenant disponible sur certaines activités et le plan de contrôle interne déployé à l'échelle nationale en cours d'année 2015 dans les activités de pharmacie doit être complété sur les autres activités». Comme le relève la Cour, 3 des 4 réserves des commissaires aux comptes ont pu être levées à l'occasion de la certification des comptes 2015.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAVTS)

Sur le I : les apports de la certification des comptes

La Cour des comptes précise que « la certification de leurs comptes a conduit les branches et régimes de sécurité sociale à intégrer une démarche de maîtrise des risques dans l'ensemble de leurs activités, pour sécuriser les opérations réalisées et fiabiliser les données intégrées dans les systèmes comptables ».

La Cnav convient que la certification des comptes a renforcé les politiques de maîtrise des risques, politiques dont elle rappelle cependant qu'elles sont inhérentes à la gestion d'un service public, qu'il s'agisse du principe général de séparation de l'ordonnateur et du comptable, du contrôle de légalité ou, plus particulièrement pour la branche retraite de la mise en œuvre d'un dispositif national de contrôle interne (instruction CNAV du 2 mai 1994) pris en application du décret du 10 août 1993.

La Cour indique également (II-A-1) que :

- *« pendant très longtemps, les caisses de sécurité sociale ont eu pour principal enjeu la rapidité des délais de paiement des prestations ».*
- *« au-delà de ses apports dans la sphère de l'information financière et de la qualité comptable, la certification a suscité un processus de transformation en profondeur des organisations et des modes de fonctionnement »*

La Cnav tient à souligner que sa mission de service public ne s'est jamais limitée à la seule tenue d'un délai de traitement ; la relation de service aux assurés, l'optimisation de gestion, la maîtrise des risques ont, dès les origines, fait partie de ses priorités.

La certification des comptes a été un des facteurs d'évolutions de la performance des organismes de sécurité sociale ; pour autant il convient de souligner que la mise en œuvre des conventions d'objectifs et de gestion liant l'État aux caisses de sécurité sociale a été le cadre structurant de l'évolution de la performance du service public de la sécurité sociale.

Sur le III-A-2 : engagements pluriannuels retraite

La Cour des comptes recommande dans son rapport, comme elle l'a fait dans son rapport de certification des comptes du régime général,

qu'une information chiffrée relative aux engagements pluriannuels de retraite soit inscrite dans les annexes aux comptes des régimes concernés.

Le Conseil de normalisation des comptes publics a adopté le 14 avril 2016 un avis relatif au traitement comptable des retraites dans les entités gestionnaires des régimes de retraite. Le système par répartition se caractérise par l'engagement de répartir aux ayant-droits les ressources disponibles au cours de chaque période de versement des prestations et que cet engagement résulte de régimes dont les caisses de retraite gestionnaires n'ont pas la compétence pour en définir les droits et les obligations. Le Conseil en conclut que le système par répartition entraîne l'absence d'obligation relative aux prestations de retraite au-delà de l'exercice annuel pour les caisses de retraite gestionnaires des régimes, qu'ils soient de base ou complémentaires. Cet avis permet de distinguer le cadre conceptuel applicable à la comptabilité des organismes de sécurité sociale de la nécessité de disposer d'une information fiable sur l'équilibre futur des régimes de retraite à la fois pour les citoyens, le législateur et le pouvoir réglementaire. À cet égard, la Cnav contribue, par ses travaux statistiques, à alimenter les différentes instances chargées d'étudier l'équilibre financier prospectif des régimes de retraite.

RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU HAUT CONSEIL DU COMMISSARIAT AUX COMPTES

Ce chapitre relève, au I-A-1, que « les comptes de la CNRACL, l'un des plus importants régimes de base, avec 1,7 M d'euros de prestations versées à près d'1,2 million de pensionnés et d'allocataires, font l'objet d'un simple audit contractuel des commissaires aux comptes de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), gestionnaire du fonds de retraite pour le compte de la CNRACL, et non d'un audit légal, comme l'impose pourtant l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale. ».

Ce constat conduit la Cour à recommander, (recommandation n°42), de « faire respecter l'obligation légale de certification fixée par le code de la sécurité sociale pour les régimes de sécurité sociale gérés par la Caisse des dépôts et consignations, ainsi que pour le régime de retraite de la Banque de France ».

Le Haut conseil du commissariat aux comptes soutient totalement cette recommandation qui vise à faire respecter l'obligation légale de certification des comptes fixée par l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale.

S'agissant plus spécifiquement du cas d'espèce évoqué, le secret professionnel auquel sont astreints les membres du Haut conseil du commissariat aux comptes fait obstacle à toute indication sur les suites qui pourraient éventuellement être données par le Haut conseil à cette situation particulière.

La Cour souligne, par ailleurs, dans ce chapitre que « la multiplicité des relations financières entre les régimes impose de vérifier V exhaustivité et l'exactitude de nombreux flux retracés dans les comptes qu'ils auditent, sans qu'ils disposent dans tous les cas des informations nécessaires à l'obtention d'une assurance raisonnable sur l'absence d'anomalies de portée significative dans les flux comptabilisés. Ces évolutions appellent un travail collaboratif entre la Cour et les commissaires aux comptes en charge de la certification des comptes des autres régimes obligatoires de sécurité sociale et la mise en œuvre de relations de travail avec les commissaires aux comptes d'autres entités ».

Elle observe cependant que l'article L. 141-3 du code des juridictions financières, qui « fixe le cadre juridique applicable aux échanges d'information entre la Cour et les commissaires aux comptes pour la mise en œuvre de leur mission de certification des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et d'autres organismes de protection sociale. », a un champ d'application « relativement étroit ».

Elle précise, en effet, que ce texte ne lui permet pas d'adresser des demandes d'informations aux commissaires aux comptes certifiant les comptes des établissements publics de santé et les comptes des mutuelles délégataires de la gestion des prestations d'assurance maladie et maternité. Elle considère que ceci fait obstacle à l'obtention des éléments d'appréciation sur la qualité du dispositif de maîtrise des risques attachés à la chaîne de la recette dans les établissements de santé, ce qui l'a conduite à exprimer une réserve sur les comptes combinés de la branche maladie du régime général de l'exercice 2015.

S'ajoute à cette difficulté, l'impossibilité pour les commissaires aux comptes d'obtenir directement des informations auprès des commissaires aux comptes des organismes délégataires de la gestion de certaines opérations de la part de l'organisme dont ils certifient les comptes. Ceci a pour conséquence d'obliger l'organisme audité à solliciter son délégataire pour recevoir de sa part des éléments attestés par le commissaire aux comptes de ce dernier, ce qui donne lieu à une facturation par celui-ci de « diligences directement liées » à sa mission de certification des comptes du délégataire qui vient renchérir le coût global de la certification.

Pour résoudre ces difficultés, la cour recommande, (recommandation n° 44), d'« élargir par la voie d'une disposition législative le champ des échanges d'informations » entre elle et « *les commissaires aux comptes des entités liées par des flux financiers et informationnels aux organismes du régime général de sécurité sociale* ; ».

Le Haut conseil du commissariat aux comptes, en dehors du champ d'application de l'alinéa 2 de l'article L. 141-3 du code des juridictions financières, dont il partage l'interprétation, rappelle qu'en application de l'article L. 822-15 du code de commerce, « Sous réserve des dispositions de l'article L. 823-12 et des dispositions législatives particulières, les commissaires aux comptes, ainsi que leurs collaborateurs et experts, sont astreints au secret professionnel pour les faits, actes et renseignements dont ils ont pu avoir connaissance à raison de leurs fonctions.».

Le cadre juridique actuel ne prévoit pas la levée de ce secret professionnel entre les commissaires aux comptes des organismes délégataires de la gestion de certaines opérations et les commissaires aux comptes certifiant les comptes de l'organisme de sécurité sociale délégant.

Ainsi, en l'absence de modification législative sur ce point, l'impossibilité pour les commissaires aux comptes d'obtenir directement des informations auprès des commissaires aux comptes des organismes délégataires de la gestion de certaines opérations de la part de l'organisme dont ils certifient les comptes subsistera.

Ce constat conduit, d'une part, à approuver la recommandation n° 44, qui permettra, en tout état de cause, à la Cour des comptes d'obtenir des informations auprès des commissaires aux comptes certifiant les comptes des établissements publics de santé et des organismes délégataires de la gestion de certaines opérations et, d'autre part, à encourager une collaboration accrue avec les commissaires aux comptes en charge de la certification des comptes de certains régimes obligatoires de sécurité sociale ou d'autres entités liées par des flux financiers et informationnels aux organismes du régime général de sécurité sociale.

En effet, comme le relève la Cour, la certification des comptes du régime général de sécurité sociale, à laquelle participent les commissaires aux comptes, contribue à faire prévaloir l'intérêt général. Cette démarche constitue un levier permettant le renforcement de la qualité comptable et la fiabilisation de l'information financière.

Dans cette perspective, le Haut conseil du commissariat aux comptes encouragera le développement de la démarche de certification des comptes des opérateurs de l'État ainsi que la concertation entre les commissaires aux comptes et la Cour des comptes.

À cet égard, le Collège du Haut conseil a, lors de sa dernière séance plénière du 21 juillet dernier, souhaité que soit conduite une réflexion sur la question de la levée du secret professionnel des commissaires aux comptes vis-à-vis de la Cour des comptes

---

RÉPONSE DE LA SECRÉTAIRE GÉNÉRALE DE LA BANQUE DE FRANCE

Les commissaires aux comptes de la Banque effectuent chaque année un audit des comptes du régime de retraite des agents titulaires de la Banque de France. Cet audit s'effectue dans le cadre de l'application des dispositions des articles L.114-5 et suivants du Code de la sécurité sociale (en particulier l'article L.114-8), et ses conclusions donnent lieu à un rapport spécifique qui est transmis chaque année, en accompagnement des comptes, au Ministère des affaires sociales et de la santé.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE DES DÉPÔTS ET CONSIGNATIONS

La Cour relève dans le chapitre que les comptes de la CNRACL « font l'objet d'un simple audit contractuel des commissaires aux comptes de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), gestionnaire du fonds de retraite pour le compte de la CNRACL, et non d'un audit légal, comme l'impose pourtant l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale ». Elle indique que « jusqu'en 2015, ni les autorités de tutelle, ni le conseil d'administration de la CNRACL ne se sont inquiétés de cette irrégularité, mise en évidence par une enquête de la Cour sur la gestion de cette caisse. La direction des retraites et de la solidarité de la CDC a exprimé son intention de mettre fin à compter de l'exercice 2016 à cette situation, qui concerne également les autres régimes de retraite gérés par elle, ainsi que le régime de retraite de la Banque de France, soit quinze régimes au total, dont sept actifs. »

La Cour recommande en conséquence de « faire respecter l'obligation légale de certification fixée par le code de la sécurité sociale pour les régimes de sécurité sociale gérés par la Caisse des dépôts et consignations ainsi que pour le régime de retraite de la Banque de France ».

Cette analyse et cette recommandation appellent de la part de la Caisse des dépôts et consignations plusieurs observations.

- *S'agissant des comptes de la CNRACL, ceux-ci feront l'objet dès l'exercice 2016 d'un audit légal. Le conseil d'administration de la CNRACL a en effet désigné, le 29 juin 2016, les commissaires aux comptes en charge de la certification pour les exercices 2016 à 2021.*
- *Il convient également de préciser que l'audit contractuel des comptes de la CNRACL réalisé jusqu'à présent correspond en tout point à un audit légal. La norme d'exercice professionnelle utilisée est la NEP 9010 (Audit entrant dans le cadre des diligences directement liées à la mission de commissaire aux comptes) qui est le plus haut niveau d'audit contractuel et similaire au niveau de la certification. Les audits annuels réalisés jusqu'alors par les commissaires aux comptes de la Caisse des dépôts et consignations sur la situation de la CNRACL ne constituent donc en rien une procédure allégée par rapport à un audit légal et couvrent l'essentiel des champs traités par le rapport de la Cour (maîtrise des risques et dispositif de contrôle interne, qualité de la gestion et suivi des niveaux de conformité, système d'information, traçabilité des données individuelles de gestion…). De plus, ces*

travaux d'audits font l'objet d'une présentation au conseil d'administration, après des échanges détaillés en commission des comptes du régime, en présence des représentants de l'État assurant la tutelle.

Il est rappelé en outre que les comptes de la CNRACL sont audités par les commissaires aux comptes de la Caisse des dépôts et consignations depuis 1989 soit bien avant que cette obligation soit imposée à partir de l'exercice 2008 aux organismes de sécurité sociale autres que le régime général.

- *Faute de précisions dans le rapport, la Caisse des dépôts et consignations n'a pas été en mesure de déterminer de manière précise quels étaient les autres régimes de retraite visés par la Cour lorsqu'elle mentionne « quinze régimes au total, dont sept actifs ». En conséquence, elle ne peut pas formuler de réponse ou d'observations sur lesdits régimes. Toutefois, elle se tient naturellement à la disposition de la Cour pour lui fournir les éléments nécessaires sur des régimes nommément identifiés dont elle assurerait la gestion.*

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA COMPAGNIE NATIONALE DES COMMISSAIRES AUX COMPTES (CNCC)

La Compagnie nationale des commissaires aux comptes partage le satisfecit de la Cour sur les progrès accomplis par les organismes de sécurité sociale en matière de contrôle interne et de maîtrise des risques, en lien avec l'instauration de la certification de leurs comptes.

Les commissaires aux comptes resteront toutefois très attentifs aux conséquences des évolutions en cours ou attendues et en particulier à la bonne traduction dans les comptes et pour ce faire, dans les procédures, des récentes législations susceptibles de modifier les attributions et responsabilités respectives de chacun des organismes, ainsi qu'aux évolutions relatives au calendrier d'établissement des comptes.

Je souhaite attirer votre attention sur plusieurs points qui me semblent importants et qui se rapportent aux extraits que la Cour nous a communiqués.

- ***Une amélioration progressive de la qualité des comptes (I - A -1)***

En conclusion de ce développement, la Cour mentionne que la CNRACL fait l'objet d'un audit contractuel, en lieu et place d'un audit légal.

La Compagnie nationale souhaite préciser que les modalités de mise en œuvre et l'étendue des travaux de cet audit contractuel demandé par la Caisse des dépôts et consignation, sont identiques à celles applicables dans le cadre d'un audit légal.

En conséquence, même s'il convient de régulariser cette situation, elle ne comporte pas de conséquence en termes de régularité et transparence des comptes.

- ***Un palier important atteint dans l'amélioration du contrôle interne (I - B - 2)***

La Cour indique que « Si des actions ont été engagées pour améliorer la fiabilité des données transmises par les assurés sociaux, les employeurs, les professionnels et établissements de santé ou les organismes de protection sociale, des risques encore significatifs affectent les comptes ».

La Compagnie nationale souhaite attirer l'attention de la Cour sur le caractère déclaratif de certaines prestations prises en charge par les organismes de sécurité sociale, le législateur n'ayant pas souhaité engager les assurés dans une reconnaissance expresse de la réalité de la prestation reçue, privant ainsi les organismes d'un élément probant de la réalité de la prestation.

La NEP 920 relative à la certification des comptes des organismes nationaux de sécurité sociale couvre cette particularité. Elle prévoit, concernant les prestations en nature de maladie-maternité-invalidité-décès que « l'annexe comporte, au titre des règles et méthodes comptables, une description appropriée des faits générateurs de la comptabilisation de ces prestations et des principes comptables afférents et formule une observation renvoyant à cette information ».

Cette information, qui ne concourt certes pas à augmenter la fiabilité des comptes, apporte toutefois à ses lecteurs, une information sur les limites des contrôles possibles sur certains flux de prestations.

- ***La mention dans les états financiers des engagements pluriannuels relatifs aux prestations (III - A - 2).***

La Cour indique dans le rapport que « S'agissant de régimes de retraite par répartition et en l'absence de mécanismes d'équilibrage automatique de leurs résultats, les pensions qui ont été attribuées ou qui seront liquidées au titre des droits déjà acquis par les cotisants et dont le versement se poursuivra sur plusieurs exercices, constituent des charges futures de nature à affecter le montant ou la consistance du patrimoine de ces régimes. Au sens du plan comptable général, elles représentent des engagements hors bilan qu'il y a lieu de mentionner dans l'annexe aux comptes. »

Par ailleurs, le Cour recommande « qu'une information chiffrée relative aux engagements pluriannuels en matière de prestations légales soit inscrite dans les annexes aux comptes des régimes concernés, qui devront honorer ces engagements à partir des recettes qui leur sont affectées par le législateur. »

La Compagnie nationale considère, à cet égard que, sur la question des flux futurs des pensions de retraite à verser aux retraités, des travaux sont en cours au CNOCP pour en définir la nature, au plan comptable et, par conséquent, les éventuelles obligations d'informations susceptibles d'incomber aux organismes.

À ce stade, les travaux ne sont pas conclusifs et la qualification d'engagements, au sens comptable du terme, nécessitant la présence d'une information dans l'annexe, n'a pas été confirmée.

En conséquence, la formulation retenue dans le présent rapport ainsi que la recommandation de la Cour des comptes (47) nous semblent prématurées.

- ***Des relations croisées entre régimes et organismes qui appellent une rénovation du cadre juridique (III - B).***

Sur la question de l'interdépendance croissante des différents régimes visée au III - B - 1, la CNCC partage le constat de l'augmentation de cette dernière, notamment du fait des récentes lois PUMa et LURA,

Sans modifier l'exercice de la certification, cette législation qui centralise auprès d'un seul organisme la gestion des prestations, pourrait en effet être de nature, pour sa mise en œuvre, à nécessiter la demande de nouveaux éléments d'assurance entre certificateurs.

Des échanges entre la Cour et la Compagnie nationale sont d'ores et déjà engagés sur ce point.

Sur la question des activités déléguées entre organismes, visée au III - B - 2, la CNCC confirme l'intérêt de clarifier et d'harmoniser les procédures d'audit possibles dans les situations de délégations de gestion.

L'instance de normalisation des diligences professionnelles de la Compagnie nationale conduit actuellement des travaux qui devraient permettre d'atteindre ces objectifs.

Enfin, le point III - B - 3, porte sur le cadre juridique des échanges d'informations entre certificateurs et pose la question des insuffisances de ce dispositif.

En effet, les alinéas 2 et 3 de l'article L. 141-3 du code des juridictions financières prévoit la possibilité de communication de renseignements uniquement entre la Cour des comptes et les commissaires aux comptes des organismes de sécurité sociale visés à l'article L. 114-8 du même code afin de couvrir les besoins d'informations résultant des nombreuses sous-traitances entre organismes de sécurité sociale. En conséquence, ce dispositif qui n'intègre pas dans son périmètre les mutuelles, ne permet pas en effet, de couvrir les besoins d'informations résultant de la gestion, pour le compte de la CNAMTS, par certaines mutuelles, du régime obligatoire.

Sur ce point, des demandes d'informations sont actuellement formulées par la CNAMTS auprès de ces mutuelles et de leurs commissaires aux comptes. Si ce dispositif est jugé insuffisant au regard des besoins de la Cour, il est susceptible d'évoluer, par exemple, sous la forme de rapports d'audit.

S'agissant des facturations émises par les établissements publics de santé vis-à-vis de la CNAMTS, la Compagnie nationale souhaite distinguer ces flux de ceux résultant de la délégation de gestion sus visés. En effet, elle considère que ces facturations sont assimilables à des relations plus classiques de type « clients / fournisseurs », et non à une sous-traitance.

Concernant ces flux, la Compagnie nationale comprend que la Cour, ne pouvant disposer au sein de la CNAMTS d'éléments probants pour couvrir des risques d'erreur, éprouve le besoin de recueillir auprès des commissaires aux comptes des établissements publics de santé, des éléments d'informations spécifiques.

La Compagnie nationale souhaite attirer l'attention de la Cour sur deux points.

En premier lieu, seuls les établissements publics de santé dont les recettes sont supérieures à 100 millions d'euros sont soumis au contrôle d'un commissaire aux comptes.

En conséquence, une approche consistant à s'appuyer sur les commissaires aux comptes pour recueillir une assurance sur les charges hospitalières de la CNAMTS exclut les facturations des hôpitaux les plus petits.

Chapitre XI
La gestion du personnel des organismes de sécurité sociale : une stratégie de modernisation à définir sans tarder

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)

L'Acoss souhaite faire part à la Cour de plusieurs observations.

De manière générale, il lui semble tout d'abord important d'insister sur le cadre d'action dans lequel s'inscrit la politique RH de la branche Recouvrement et des autres OSS. Ces derniers gèrent leur personnel dans un cadre de droit privé et non de droit public. Cet ancrage représente une clé de lecture essentielle à la bonne compréhension du sujet :

- *d'une part, en tant qu'il éclaire l'organisation du Régime général en matière de gestion des ressources humaines et de négociation collective. Cette organisation (exercice du pouvoir d'employeur par les OSS avec structuration nationale du dialogue social, sous l'égide de l'Ucanss), n'est à cet égard pas originale ;*
- *d'autre part, parce qu'il rend délicate la comparaison entre sécurité sociale et fonction publique d'État, à laquelle s'essaie la Cour en plusieurs points du rapport. Cette comparaison est du point de vue de l'Acoss nécessairement réductrice et de nature à nuire à la compréhension de l'action des organismes de sécurité sociale, comme des enjeux spécifiques auxquels ils sont confrontés.*

Au-delà de cette remarque générale, l'Acoss souhaite faire part à la Cour de plusieurs observations plus spécifiques.

Regardant les développements du rapport relatifs à l'évolution des rémunérations et effectifs de la sécurité sociale, tout d'abord. La Cour pointe à raison les efforts consentis par les branches du Régime général au service du redressement des comptes publics. L'Acoss souhaite insister fortement sur cette dimension. Au-delà des éléments portés dans la réponse de l'Ucanss, auxquels elle souscrit, elle souhaite rappeler que ces efforts se traduisent, pour la branche Recouvrement, par une diminution d'effectif à hauteur de 740 ETP sur la période 2014-2017, soit 5% du total de ses emplois, ce qui n'est évidemment pas neutre.

Si, comme l'écrit la Cour, cette baisse des effectifs a fortement contribué sur la décennie écoulée à contenir la progression de la masse salariale, les efforts n'ont pas pour autant été moindres en matière de

politique salariale. À cet égard, il faut rappeler que l'introduction des normes de progression de la RMPP évoquées par la Cour coïncide avec la période de régionalisation des Urssaf (2011), dont l'accompagnement (harmonisation des situations entre ex-Urssaf départementales) a absorbé une part importante des moyens impartis à la branche.

Si le pilotage des restitutions d'effectifs est sans doute perfectible, l'Acoss ne partage pas pour autant la proposition de la Cour d'organiser la révision en cours de Cog des objectifs assignés aux branches, pour les ajuster à la réalité des départs observés. Outre un biais technique, lié aux sous-consommations que génère la gestion des effectifs en ETPMA en cours de période conventionnelle, un tel mécanisme poserait des difficultés méthodologiques importantes. Celui-ci repose en effet sur l'idée que le niveau d'effectifs peut être défini au regard du seul volume des départs, sans considération pour les charges de travail incombant aux branches, elles-mêmes évolutives et fortement influencées par les évolutions législatives et réglementaires.

L'Acoss s'interroge par exemple sur les conséquences à tirer, dans un tel schéma, de départs en retraite moins nombreux qu'anticipé au moment des négociations – cette situation pouvant en toute logique conduire à réviser à la baisse le niveau des restitutions d'emplois.

Enfin et surtout, ce mécanisme lui semble peu compatible avec la logique pluriannuelle portée par les Cog. L'Acoss s'interroge à cet égard sur l'articulation entre cette proposition et le pilotage à moyen-long terme des effectifs et compétences que la Cour appelle de ses vœux plus loin dans le rapport (cf. infra*).*

Dans le même sens, et bien que l'Acoss partage le souci de la Cour de prendre en compte du mieux possible les flux de départ effectifs dans le calibrage des efforts demandés aux organismes, elle s'interroge sur la proposition de la Cour de substituer à une logique de cible annuelle de rendus d'emploi une logique de taux de remplacement des départs. D'une part, parce que le différentiel d'économie que pointe la Cour entre les deux méthodes (au I-A-3) lui semble procéder d'un niveau d'exigence différent plutôt que d'une divergence de mode de calcul. D'autre part, parce qu'un objectif fondé sur un taux de remplacement lui semble nécessairement moins précis qu'un objectif sous forme de cible, qui permet de tenir compte des charges supplémentaires occasionnées par les nouveaux projets et activités confiés par la tutelle dans le cadre de la négociation COG.

Regardant le pilotage des effectifs et compétences à moyen-long terme, l'Acoss partage bien évidemment la préoccupation de la Cour

d'anticiper les évolutions démographiques à l'œuvre, et de tirer parti de ces dernières pour réaliser des gains d'efficience. Si des progrès demeurent sans doute nécessaires, elle souhaite rappeler l'investissement de la branche Recouvrement en matière de GPEC, matérialisés par les travaux sur les référentiels de compétences dont la veille sera assurée par la mise en place d'un observatoire des métiers de la Branche, et par la réflexion en cours, sous l'égide de ce dernier, pour structurer cette démarche à l'échelle de la branche. Si cet effort de projection réserve une large place à l'évolution des métiers, comme l'évoque la Cour, il ne s'y réduit pas pour autant. L'Acoss souhaite donc nuancer les constats formulés dans le rapport concernant l'absence de données précises sur les flux de départ en retraite. Ces projections existent bel et bien à horizon de 4 à 5 ans. Elles sont beaucoup plus difficiles à établir avec précision à horizon de 10 ans, compte tenu des incertitudes liées, d'une part, à l'évolution des comportements et, d'autre part, à celle des charges de la branche, fortement tributaire des mesures législatives ou réglementaires affectant son champ de compétence.

En dernier lieu, l'Acoss souhaite rappeler qu'elle s'est engagée, comme la Cour l'a évoqué dans un précédent rapport, dans une démarche volontariste de mutualisations interrégionales. L'anticipation des déséquilibres susceptibles de naître au sein de son réseau en matière de répartition des moyens et compétences constitue un des objectifs centraux de cette démarche.

Sur les questions d'absentéisme, de temps de travail et de productivité, la Cour pointe une productivité en croissance, mais encore hétérogène entre organismes des différents réseaux. Elle évoque des gisements importants de gains de productivité, liés à une durée effective de travail dans les OSS présentée comme faible, et à un absentéisme qu'elle juge élevé, disparate et faisant l'objet d'une faible attention de la part des branches.

Sans revenir sur les constats relatifs au niveau de l'absentéisme et de la durée du travail, sur lesquels elle rejoint les observations de l'Ucanss, l'Acoss souhaite rappeler que l'amélioration et la convergence de la productivité entre Urssaf constitue pour elle une préoccupation forte.

La productivité représente une notion clé dans le suivi de l'activité des organismes et le dialogue de gestion entre l'Acoss et ces derniers. Elle entre directement en ligne de compte dans l'affectation des moyens aux organismes et le calcul des rendus d'effectifs par Urssaf dans le cadre de la négociation des CPG. Cette affectation se fonde en effet sur une répartition des Urssaf en quartiles fonction de leur niveau de

productivité. En fonction de cette répartition, les Urssaf les moins productives se sont vues assigner un objectif de non remplacement de l'ensemble des départs en retraite, quand les plus productives ont été autorisées à en remplacer jusqu'à 3 sur 4.

Par ailleurs, et sans préjudice d'une réflexion visant à mieux caractériser cette notion, comme le préconise la Cour, l'Acoss souhaite rappeler que la productivité des Urssaf est en l'état actuel des modalités de mesure influencée par des facteurs exogènes : dynamisme économique des territoires et à travers lui, nombre et structure des comptes cotisants d'une part ; impact des évolutions législatives et réglementaires, qui peuvent affecter le volume des comptes gérés et / ou conduire à des transferts de personnels, d'autre part. L'influence de ces facteurs exogènes contribue à expliquer la dispersion observée.

Sur la question de l'absentéisme, l'Acoss considère important de rappeler, comme le fait d'ailleurs incidemment la Cour pour rendre compte des écarts entre branches, que les taux d'absentéisme observés dans la branche Recouvrement sont fortement influencés par sa pyramide des âges, marquée par une forte représentation des plus de 45 ans (plus de la moitié des effectifs) et une importante population féminine entre 30 et 40 ans, âge de départ en congé maternité.

Elle souhaite également rappeler l'attention portée par elle, à la thématique de la santé au travail et des conditions de travail, à ses yeux déterminantes au regard de l'absentéisme. Cette attention se matérialise tant par sa participation aux actions impulsées au niveau interbranche par l'Ucanss que par son action propre, structurée sous la forme d'un plan déployé au niveau national depuis 2013, et portant sur la politique de santé au travail, les conditions de travail, le dialogue social, l'écoute, l'accompagnement des salariés et le management.

Sur la préconisation de la Cour de revoir le dispositif d'intéressement pour renforcer sa dimension incitative en la matière, elle considère que l'impact potentiel de ce levier sur l'absentéisme doit être relativisé, au regard du montant et du caractère collectif des primes d'intéressement,

En dernier lieu, l'Acoss ne se prononce pas sur les gisements de productivité calculés par la Cour, qui lui semblent au demeurant importants, faute de disposer des éléments de calcul sous-jacents au chiffre avancé. Elle souscrit aux remarques de l'Ucanss sur ce point.

S'agissant du schéma institutionnel en matière de politique RH, l'Acoss n'a pas d'observation particulière à formuler quant à la recommandation de la Cour de renforcer le rôle de l'Ucanss pour lui

conférer les attributs d'une véritable « DRH groupe ». Ce rôle devra toutefois nécessairement s'articuler avec celui des branches et organismes partie prenante, comme c'est le cas dans la plupart des grands groupes, compte tenu de la nécessaire proximité qu'exige l'exercice de la fonction RH.

L'Acoss ne partage pas en revanche, pour les mêmes raisons que celles exposées par l'Ucanss, la vision de la Cour quant au possible transfert du pouvoir d'employeur des organismes locaux aux caisses nationales. Ce transfert, qui constituerait un bouleversement au regard du schéma d'organisation de la sécurité sociale, lui semble de nature à déresponsabiliser les organismes locaux et à contrarier cette préoccupation de proximité.

Les gains envisagés par la Cour à l'appui de cette préconisation, en termes de réactivité et d'harmonisation des politiques menées, lui semblent au demeurant atteignables par d'autres moyens.

À cet égard, l'Acoss se félicite que la Cour mentionne dans son rapport la dénonciation par la branche de la quasi-totalité des usages locaux à l'occasion de la régionalisation des Urssaf. Cette expérience démontre de son point de vue les marges existant dans le schéma institutionnel actuel en matière d'harmonisation des pratiques, notamment en matière de temps de travail.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

La Caisse nationale s'associe pleinement aux remarques formulées par le Directeur de l'Ucanss dans sa réponse en date du 22 août 2016.

La Cnaf souhaite en outre apporter les réponses suivantes :

<u>Au I-A-1-b, sur les gains de productivité</u>

La Cour semble indiquer que les gains de productivité et les rendus d'effectifs sont uniquement issus des investissements informatiques et de la dématérialisation des processus. Certes la dématérialisation des processus est un facteur important de gains de productivité et d'amélioration du service. Cependant, pour atteindre les objectifs de rendus d'effectifs fixés par l'État, la Cnaf a renforcé le pilotage de la délivrance du service aux allocataires. Elle a également adopté, dans les années récentes, une stratégie visant à réduire le nombre d'organismes de son réseau via la départementalisation. Le nombre de

Caf est ainsi passé de 123 à 102 au cours de la période couvrant les deux dernières Cog.

Au-delà de la départementalisation, la Cnaf s'est appuyée sur la mutualisation inter organismes d'activités, afin de dégager une meilleure efficience de leurs processus de gestion.

Au I-C-1, sur la réduction des écarts de productivité

La Cour écrit que les organismes nationaux n'ont pas mené une politique suffisamment active de réduction des écarts de productivité entre organismes de base. La Cnaf tient à souligner qu'elle a, dans la Cog en cours, nettement modulé les réductions d'effectifs entre caisses afin de réduire les écarts de productivité. Ainsi, ce sont les caisses les moins « productives » qui ont été amené à rendre un nombre de postes plus important, avec un effet mathématique sur le rapprochement des productivités. En outre, un programme dit « Caf à fort enjeu » a été mis en place pour accompagner les caisses en difficulté structurelle afin d'améliorer leur qualité de service et les rapprocher des standards de Branche.

Au II-A-1, sur les départs en retraite

La Cnaf dispose bien des données relatives aux départs en retraite projetés à 5 et 10 ans.

Au II-A-2, sur la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des compétences (Gpec)

La Cour indique qu'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences doit être mise en place « en fonction des départs attendus année après année ». La Cnaf relève qu'elle dispose de cette donnée des départs prévisionnels en retraite, et qu'elle l'affine d'une estimation d'un taux de turn over *pour autres motifs. Cependant, ces données ne constituent qu'une part des « intrants » nécessaires à l'élaboration d'une Gpec. En effet, le volume et la nature des compétences nécessaires dans 5 ou 10 ans est également directement relié aux missions qui sont assignées à la Branche. La Cour relève d'ailleurs que c'est l'attribution d'une mission supplémentaire à la branche Famille (la gestion du RSA, en 2009), qui a suffi à rendre la trajectoire des effectifs de la Branche atypique par rapport à celle des autres branches du Régime Général. La Cnaf doit donc déployer une politique de Gpec suffisamment agile pour être en capacité de répondre aux nouvelles missions confiées par les pouvoirs publics.*

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAVTS)

I-B-2 : indicateurs d'absentéisme

La Cnav dispose d'un indicateur d'absentéisme depuis plusieurs COG. Elle a mis en œuvre un indicateur composite de performance sociale pour le COG 2014/2017 qui comprend le taux d'absentéisme de courte durée calculé selon la formule suivante :

*(Numérateur) nombre d'heures d'absence maladie rémunérées inférieur à 8 jours calendaires/ (Dénominateur) nombre d'heures théorique*100*

L'indicateur est en conséquence défini, et il entre dans le calcul de la part variable des directeurs.

I-C-2 : durée effective de travail et gain en ETP

La Cnav ne peut que s'étonner d'une part du calcul opéré et de la comparaison à la durée légale du travail. Si la Cnav convient qu'il est utile d'examiner les protocoles et usages particulier de certains organismes, elle ne peut souscrire à une trajectoire visant à dénoncer unilatéralement des protocoles conventionnels que l'Ucanss n'aurait par ailleurs pas la capacité juridique à conduire.

III-B : responsabilité d'employeur aux caisses nationales

La Cnav est particulièrement réservée sur cette option. Soulignée pour permettre, en particulier, de favoriser la mobilité, force est de constater, qu'en l'état, le droit du contrat de travail limite de fait les clauses de mobilité.

Par ailleurs, l'ensemble des effets d'une telle transformation mériteraient d'être démontré (conduite du dialogue social, nombre d'IRP maintenues au titre des établissements, disparition de marges d'adaptation utiles à l'optimisation de la performance locale…).

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'UNION DES CAISSES NATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE (UCANSS)

1 – Recommandation n°49

L'Ucanss souscrit pleinement aux termes de cette recommandation visant la mise en œuvre rapide d'une analyse des emplois, des compétences et des organisations cibles. Si le régime général n'est pas demeuré inactif sur ce sujet, les caisses nationales et l'Ucanss produisant régulièrement des études sur l'évolution des métiers et des organisations, force est de constater que les enjeux démographiques auxquels la Sécurité sociale se trouvera confrontée à moyen terme appellent une action plus résolue et, vraisemblablement, une approche inter-branche renforcée. Cet objectif apparaît d'ailleurs clairement comme prioritaire dans les orientations stratégiques pluriannuelles en matière de ressources humaines et de formation professionnelle arrêtées par le Conseil d'Orientation (COR) de l'Ucanss en avril 2016.

2 - Recommandation n°50

Dans cette recommandation, la Cour identifie différents leviers dont elle considère qu'ils devront être mobilisés en vue d'un accroissement de la productivité au sein du régime général. Si l'Ucanss ne peut qu'être sensible à l'objectif d'amélioration continue de la productivité, elle souhaite nuancer les constats sur lesquels la Cour fonde sa recommandation. Par souci de simplicité de lecture, les remarques de l'Ucanss seront formulées par référence à la pagination retenue dans l'extrait qui lui est soumis et porteront successivement sur la maîtrise de la masse salariale, le temps de travail et l'absentéisme, et la mobilité. En outre, l'Ucanss s'interroge sur les modalités retenues par la Cour pour quantifier les gains de productivité susceptibles d'être dégagés.

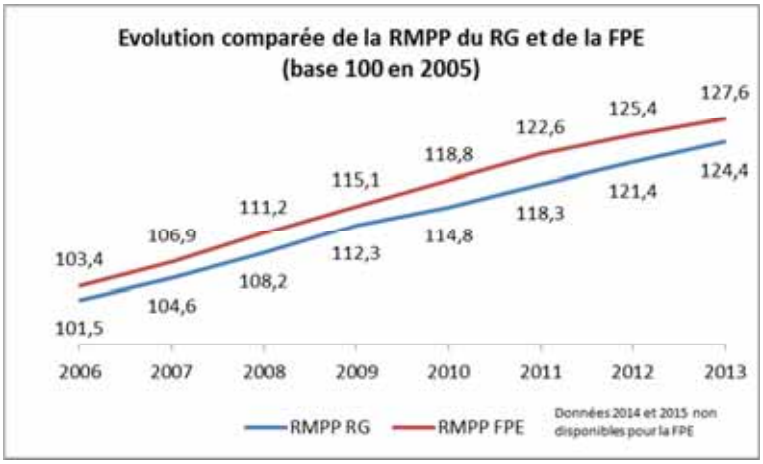
2.1 - Sur la maîtrise de la masse salariale

Au I-A-2 « Des augmentations salariales significatives »

Sur la période 2005-2010, les taux d'évolution (base 100 en 2005) de l'inflation et de la valeur du point s'établissent respectivement à 7.7% et 5.7%. L'évolution de la valeur du point entre 2005-2010 a donc été systématiquement inférieure à celle de l'inflation ce qui conduit à nuancer l'assertion selon laquelle les évolutions salariales auraient été particulièrement rapides sur la période. Il est par ailleurs utile de rappeler que la Sécurité sociale ne dispose d'aucun dispositif de garantie individuelle du pouvoir d'achat contrairement à la fonction publique au

sein de laquelle a été mise en œuvre la GIPA en 2008 et que la part des augmentations automatiques y est moindre.

Il convient d'ailleurs de noter que la RMPP de la Sécurité sociale a été inférieure à celle de la fonction publique d'État sur la période examinée, contrairement à ce qui est indiqué dans le rapport.



2.2 – Sur le temps de travail et l'absentéisme

L'Ucanss partage l'opinion de la Cour sur la nécessité de développer à bref délai une connaissance plus fine du temps de travail effectif des salariés du régime général. Elle rappelle d'ailleurs que des travaux ont été engagés avec les caisses nationales à l'effet d'unifier les définitions et d'enrichir le système d'information de l'Ucanss de données individuelles sur la durée de travail et l'absentéisme. L'aboutissement de ce projet, qui suppose la mobilisation de ressources informatiques dans les différents réseaux, a cependant dû être retardé au profit d'autres projets informatiques jugés plus prioritaires, dans un contexte de réduction générale des moyens. Par ailleurs, les constats dressés par la Cour à l'appui de sa recommandation appellent diverses observations :

Au I-B-2 – « Un absentéisme élevé et insuffisamment suivi »

L'Ucanss appelle l'attention de la Cour sur le fait que les comparaisons des taux d'absentéisme entre le régime général et la fonction publique est statistiquement discutable pour deux raisons :

- *La structure des effectifs est très différente entre les deux populations : le régime général est à la fois plus âgé (42,7 % de ses salariés ont plus de 50 ans et 27 % plus de 55 ans, contre*

respectivement 28 % et 15 % dans la fonction publique d'État – chiffres INSEE au 31.12.2011) et nettement plus féminisé (78 % de femmes dans le régime général contre 54 % dans la fonction publique d'État), ce qui induit un taux d'absence pour maladie et maternité mécaniquement supérieur. La comparaison devrait a minima *corriger cet effet de structure.*

- *Le taux retenu par la DGAFP dans le rapport 2015 sur l'état de la fonction publique correspond au pourcentage de fonctionnaires absents pour congé maladie lors de la journée du 25 mars 2010. La comparaison avec le taux annuel 2014 calculé pour le Régime général sur la base du temps d'absence effectif au cours de l'année de chacun des salariés du Régime général apparait hasardeuse, notamment du fait de la volatilité du taux calculé sur la fonction publique (4 % en 2005 contre 3,5 % en 2010) et de sa contingence à la date d'observation choisie, mais aussi de l'absence de mise à jour depuis 2010. De même le rapprochement des taux d'absentéisme retracés par l'étude DARES et évoqués par la Cour, avec ceux calculés sur le Régime général interroge. En effet, pour le calcul des taux d'absentéisme, la DARES s'est appuyée sur une enquête mesurant la proportion de salariés absents au moins un jour au cours d'une semaine type, sans prendre en compte la durée de l'absence.*

2.3 – Sur la mobilité

Le développement de la mobilité professionnelle des personnels préconisé par la Cour constitue déjà un objectif du régime général : prioritairement assigné à la gestion des agents de direction aux termes de la mission sur la dynamisation de leur carrière menée en 2013, il figure également comme un axe essentiel des orientations stratégiques pluriannuelles en matière de gestion des ressources humaines et de formation professionnelle arrêtées par le COR de l'Ucanss en avril 2016. Pour autant, le rapport appelle les remarques suivantes :

Au II-B-2 – « Développer la mobilité géographique et fonctionnelle»

En ce qui concerne la faiblesse des mobilités inter-organismes au sein du régime général, si l'Ucanss partage le constat, elle appelle toutefois l'attention de la Cour sur les limites des comparaisons qu'elle effectue. Il n'est en effet pas contesté que le taux de mobilité dans le régime général est significativement plus faible que celui enregistré dans la fonction publique d'État. Toutefois, la comparaison gagnerait en

intérêt comme en pertinence, si elle était menée non pas globalement mais sur des populations comparables. Ainsi, dès lors que les effectifs du régime général sont composés à plus de 70% d'employés, le champ de la comparaison devrait être circonscrit au taux de mobilité d'agents publics de catégorie C. Or d'après le rapport « chiffres clés 2014 » établi par la DGAFP, le taux de fonctionnaires de catégorie C recrutés dans d'autres corps s'est élevé à environ 0,4% du total des agents concernés, soit un taux très similaire à celui enregistré dans le régime général.

Par ailleurs, l'Ucanss ne partage pas l'analyse de la Cour selon laquelle les garanties conventionnelles apportées aux agents dans le cadre des évolutions de réseau, visant à organiser les mobilités professionnelles sur la base du volontariat, constitueraient un frein à la mobilité et un obstacle à la mise en adéquation des effectifs à la charge de travail. En effet, ces garanties ne visent que les seules situations de mutualisations et fusions d'organismes décidées dans le cadre de projets pilotés par les caisses nationales. Les dispositions en question ont permis de réduire de manière significative le nombre d'organismes entre 2010 et 2014, ainsi que le développement de mutualisations sur des fonctions supports et sur des activités relevant du cœur de métier des caisses, accompagnant de ce fait les réductions d'effectifs dans les réseaux. Ces protocoles ne constituent en aucun cas une garantie générale et absolue d'absence de mobilité des agents, mobilité qui se met en œuvre principalement au sein des organismes. Par ailleurs, force est de constater que le développement très important de la dématérialisation des traitements dans le régime général permet désormais de déplacer aisément la charge de travail afin de réduire les écarts de productivité que la démographie peut créer entre les organismes, ou mobiliser les compétences utiles, sans qu'il soit besoin, comme dans le passé, de déplacer les salariés.

Enfin, la Cour semble déplorer que seules 28 % des heures de formation soient dédiées à « l'accroissement des compétences » des agents. Cette situation s'explique par le fait que les formations visant le « maintien dans l'emploi » occupent une part importante des plans de formation compte-tenu des évolutions nombreuses tant de la réglementation applicable que des outils déployés. Ce pourcentage s'applique par ailleurs à une base élevée de 2,6 millions d'heures de formation en 2014, soit un effort de développement des compétences de près de 730 000 heures.

2.4 – Sur la quantification des gains de productivité réalisables

Au I-C-1 – « Une productivité en progrès, mais des écarts persistants entre organismes»

La Cour indique que l'Ucanss n'a pas « œuvré à une définition rigoureuse, exhaustive et comparable de la productivité des organismes ». Par construction, un ratio de productivité suppose de rapprocher charge d'activité et volume de ressources disponibles. Or si l'Ucanss dispose d'une partie du dénominateur (effectifs des organismes hors salariés intérimaires), elle n'a pas connaissance du numérateur (charge d'activité à absorber par l'organisme) compte tenu du champ des missions qui lui ont été confiées par le législateur. Elle ne saurait dès lors être critiquée pour une quelconque défaillance à ce titre.

Au I-C-2 – « D'importants gains de productivité potentiels»

L'Ucanss n'a pas été en mesure de reproduire les calculs opérés par la Cour pour déterminer le volume d'effectifs dont elle considère qu'ils pourraient être économisés, ces calculs n'étant pas explicités dans le rapport. En tout état de cause, l'Ucanss est très réservée sur la robustesse cette évaluation :

- *Ainsi qu'il a été précisé précédemment, les congés à base uniquement conventionnelle s'élevant en effet par agent à 2,5 jours par an environ (ancienneté et récupération des samedis fériés), soit à un niveau très significativement inférieur à celui pris en compte par la Cour, le gain potentiel tiré de leur suppression serait incomparablement plus faible que ce qu'annonce le rapport. Les autres congés supplémentaires résultant de la réglementation du travail et présentant un caractère d'ordre public, l'Ucanss souhaiterait que la Cour explicite selon quelles modalités elle envisage que l'employeur Sécurité sociale puisse y déroger,*
- *L'alignement à la baisse du taux d'absentéisme maladie ne se fera que progressivement au fur et à mesure du rééquilibrage de la pyramide des âges du régime général, et restera par ailleurs marqué par un niveau d'absentéisme maternité supérieur compte-tenu de son très important taux de féminisation (les femmes représentent plus de 80 % des effectifs de moins de 40 ans). Par ailleurs, les cartes (I-B-2-carte n° 4 et II-A-1-carte n° 5) mettent en évidence une corrélation entre le taux d'agents de plus de 57 ans et le taux d'absentéisme, donnée qui n'est cependant pas prise en considération par la Cour.*

3 – Recommandation n°51

La Cour recommande que soit renforcé le caractère incitatif de l'intéressement, notamment au regard de la lutte contre l'absentéisme. L'Ucanss rappelle que pour la détermination du montant individuel de la prime d'intéressement, il est tenu compte du niveau de présentéisme du salarié. Le montant servi est en effet réduit à due proportion de ses éventuels jours d'absence (maladie notamment), ce qui constitue déjà une réponse à la recommandation de la Cour. En revanche, l'introduction dans un dispositif de reconnaissance de la performance collective comme l'intéressement, d'objectifs visant des comportements individuels, comme l'absentéisme, paraît contestable. La capacité des salariés à agir sur le niveau d'absentéisme de leurs collègues prête à conjecture. La régulation d'un sujet aussi sensible et complexe par les collectifs de travail interroge. Au demeurant, d'autres mécanismes d'incitation sont mobilisables (et déjà mobilisés par les caisses nationales) pour que les directeurs d'organisme intensifient leurs politiques de réduction de l'absentéisme : il est en effet rappelé que les directeurs sont évalués annuellement par leur caisse nationale sur la base d'objectifs qui leur ont été fixés et qui fondent le montant de la part variable de leur rémunération

4 – Recommandation n°52

La Cour recommande l'engagement d'une réflexion sur le transfert du pouvoir d'employeur des organismes locaux aux organismes nationaux, cette évolution lui semblant de nature à faciliter la mise en œuvre de politiques de mobilité. L'Ucanss appelle l'attention de la Cour sur le caractère très incertain des effets qui pourraient résulter de cette évolution sur la mobilité quand elle procèderait par ailleurs d'un bouleversement fondamental de l'organisation de la Sécurité sociale. Le principal obstacle à la mobilité ne semble en effet pas résider dans le changement d'employeur qu'elle peut occasionner, les dispositions de la convention collective apportant en effet toutes les garanties utiles notamment en termes de reprise d'ancienneté. En tout état de cause, le schéma suggéré par la Cour serait sans effet sur les situations de mobilité inter-branche qui continueraient de se traduire par un changement d'organisme employeur. Le principal frein à la mobilité réside essentiellement dans la faible appétence des agents à la mobilité géographique. Or quand bien même une loi transfèrerait la qualité d'employeur aux caisses nationales, elle serait sans effet sur les clauses des contrats de travail en ce qu'elles déterminent le lieu d'exécution du travail. Le rattachement des salariés à une caisse nationale n'autoriserait donc pas davantage la mutation géographique par l'employeur des

personnels en l'état du droit du travail. Il est en effet rappelé qu'aux termes de la jurisprudence de la Cour de Cassation, l'employeur ne peut pas modifier unilatéralement le lieu d'exercice du travail lorsqu'il fait l'objet d'une clause claire et précise du contrat de travail et qu'en l'absence de clause de cette nature, il ne peut modifier le lieu de travail qu'à la condition que cette modification s'opère dans une même zone géographique.

Chapitre XII
La fonction informatique dans la sécurité sociale : un renforcement indispensable

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)

Sur ce chapitre, l'Acoss souscrit globalement aux analyses de la Cour, mais souhaite faire part de remarques ou précisions sur plusieurs points.

Concernant le montant des dépenses informatiques de la branche Recouvrement tout d'abord, l'Acoss souhaite préciser que le chiffre de 96M d'euros évoqué par la Cour pour 2015 intègre les dépenses afférentes au plan de transformation du SI Clé-a. Ce chantier, majeur, vient fortement majorer le montant de ces dépenses.

Sur l'organisation de la maîtrise d'ouvrage, ensuite, l'Acoss souhaite faire état de la création en son sein, en juin 2016, d'une Délégation à la Coordination de la Maîtrise d'Ouvrage (DCMOA). Cette Délégation, rattachée au Directeur général, exerce un rôle de suivi du plan de refonte du SI Clé-a et plus largement de coordination et d'articulation de l'action des diverses MOA.

Au-delà de la création de cette structure, l'organisation de la MOA Acoss décrite dans le rapport est appelée à évoluer dans le cadre de la réorganisation en cours de l'Agence centrale, prévue pour s'achever début 2017.

S'agissant enfin du projet de réorganisation de l'informatique de branche « DSI 2018 », l'Acoss souhaite préciser que la cible macro-organisationnelle, encore à l'étude lors de la préparation du rapport, est désormais définie. Le Conseil d'Administration de l'Agence centrale s'est en effet prononcé le 22 juillet 2016 pour la suppression des CERTI et de la DSI de l'Urssaf Ile-de-France, et le regroupement de l'ensemble des fonctions assurées aujourd'hui par ces derniers au sein de l'Acoss, dans un établissement distinct.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

Recommandation 53 : reconnaître aux organismes nationaux une autorité fonctionnelle et hiérarchique sur l'ensemble des agents et des moyens affectés à la maîtrise d'ouvrage, aux développements et à l'exploitation informatiques.

À travers la transformation initiée au 1er juillet 2015, la DSI de la branche Famille a considérablement progressé dans le sens indiqué par la cour, avec la reconnaissance à l'organisme national d'une autorité hiérarchique et fonctionnelle centralisée sur l'ensemble des agents de la DSI. Ce rattachement permet aussi de progresser dans la connaissance et gestion des effectifs (au I), ainsi que donner les leviers pour un pilotage renforcé. Cette centralisation a aussi permis à la DSI de la Cnaf d'engager en 2015 la mise en place du processus harmonisé nationalement de gestion des incidents, qui inclut une première mise en œuvre de gestion des problèmes, dont l'outillage reste à adapter pour une mise en œuvre complète (en réponse à la note de bas de page n° 570 du rapport). Dans le sens de la réduction du risque induit par des applications hétérogènes réalisées localement (au I-B-1), la DSI a également déployé en 2015 (lettre au réseau en mai) un processus de recensement et homologation des applications locales (via l'outil SYGAL).

Recommandation 54 : regrouper la fonction informatique sur un nombre beaucoup plus réduit de sites, en prenant en considération les perspectives démographiques et les implantations des réseaux de l'ensemble des régimes et branches.

La Cnaf a considérablement progressé dans le sens indiqué par la Cour, la transformation de la DSI ayant permis de regrouper la fonction informatique sur un nombre beaucoup plus réduit de sites, au sein de la branche Famille, avec 3 à 4 sites retenus pour les grandes fonctions / métiers. Ce principe a été respecté (cf. II-A-2), avec :

- *le département de production rationalisé sur 3 sites (Bordeaux, Dijon et Nice) ;*
- *le support informatique national rationalisé sur 3 sites (Caen, Dijon et Nice) ;*
- *les autres grandes directions opérationnelles (études et développement, qualification et tests) respectant également le principe des 3 / 4 sites par grande fonction.*

Recommandation 55 : consolider les compétences internes, en réorientant les agents vers des tâches à plus forte valeur ajoutée grâce à une gestion prévisionnelle active des emplois et des compétences, en recrutant les profils de haut niveau nécessaires en petit nombre pour assurer en interne la complète maîtrise des projets structurants et en encadrant plus fortement le recours aux prestataires externes.

La DSI de la branche Famille s'engage dans le sens de cette recommandation de la Cour. La mise en place d'une fonction de développement RH et gestion prévisionnelle des emplois et compétences a été initiée au sein de la Dsi, dans un contexte de révolution numérique où les métiers informatiques évoluent très fortement et où émergent de nouvelles technologies. Ce pilotage et anticipation des métiers informatiques de demain et à forte valeur ajoutée est un levier clé de maîtrise en interne des projets structurants de la branche, ainsi que d'un usage équilibré de la sous-traitance. Néanmoins il faut souligner que la convention collective ne nous permet pas aujourd'hui d'être compétitif pour recruter des experts de haut niveau.

Recommandation 56 : développer les synergies entre les institutions de sécurité sociale en matière notamment d'achats informatiques, de mobilité des agents et d'utilisation des infrastructures.

La Cnaf précise qu'elle suit ces principes au niveau de la branche, notamment l'harmonisation autour d'un référentiel commun GPEC qui pourrait être étendu en interbranches. Par ailleurs si une mutualisation des centres est théoriquement possible, il faudra pour être opératoire que la convergence technologique soit plus avancée qu'elle ne l'est aujourd'hui.

Quant au développement en commun de projets informatiques, la synergie souhaitée par la Cour existe déjà en matière de gestion de la paie. L'application GRH (gestion des ressources humaines) est une application développée par la branche Famille. Elle couvre la paye et de nombreuses activités dites d'administration du personnel. Elle est utilisée par la branche Famille, la branche recouvrement, la branche maladie, soit environ 90% du régime général. De plus, GRH est utilisé pour réaliser les payes des salariés de l'Institut 4.10 et des ARS. Le projet GRH est financé et piloté en tripartite (maladie, famille, recouvrement). Les MOA des branches définissent en tripartite les priorités de développement rédigent les cahiers des charges. Les phases MOE de conception, développement, validation sont mutualisées. À travers la mutualisation de la paye (Cnaf/Institut 4.10), d'autres outils de la

branche famille sont partagés : outil de numérisation S@fir, outil de signalement d'incidents Saxo…

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAVTS)

Au I : absence de prise en compte de la mission d'opérateur de la Cnav

L'analyse de la Cour des comptes sur l'informatique gérée par la CNAV comprend des missions d'opérateur informatique qui vont bien au-delà de la gestion informatique de la seule Branche Retraite du Régime Général. Ces éléments doivent être pris en compte dans l'appréciation portée ainsi que dans l'analyse des ratios et budgets.

La CNAV estime à 25 % en 2015 la part des systèmes d'information mutualisés qu'elle gère (utilisés par l'ensemble de la protection sociale comme le SNGI ou le RNCPS, ou par les régimes de retraite comme le SI du droit à l'information) dans l'ensemble de ses coûts SI.

Aux I-B-2 et II-A-2, II-A-3 et III-A-2 : organisation et gouvernance des SI

Si les équipes chargées des développements nationaux restent réparties en 2016 sur 14 sites, il convient de souligner qu'elles sont organisées en 4 pôles de développement, chaque pôle étant piloté par un manager de la DSI de la Cnav. Chaque site n'intervient que sur un seul domaine fonctionnel. Ces modalités d'organisation et de management garantissent une cohérence d'action.

Il convient de souligner que les instances de gouvernance SI de la Cnav sont hiérarchisées. S'il existe effectivement 10 comités qui pilotent sur le plan opérationnel l'évolution du patrimoine applicatif et 4 qui pilotent les 4 programmes SI majeurs, ils sont tous supervisés par un comité de direction des systèmes d'information unique.

Au II-B-2 : disponibilité des applications

La CNAV ne considère pas que le taux de disponibilité de ses principales applications métier et de ses services en ligne soit relativement faible. Les taux de disponibilité font l'objet d'engagements de services négociés entre la DSI et les directions utilisatrices (qui

varient selon les applications entre 97% et 99% durant les heures et jours ouvrés), dont le respect est suivi de manière précise (sous forme de tableau de bord mensuel). La disponibilité constatée est généralement supérieure aux engagements, qui ne font pas l'objet de demandes notables d'amélioration.

La CNAV n'envisage pas de chercher à atteindre le taux de disponibilité de 99,9% présenté comme un standard par le rapport. Fixer comme objectif le respect d'un taux de disponibilité supérieur à 99,9% supposerait d'engager pour l'atteindre des moyens matériels et humains qui ne semblent pas en rapport avec la réalité des exigences utilisateur.

Chapitre XIII
La caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines : une survie artificielle, une suppression à organiser

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE AUTONOME NATIONALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DANS LES MINES (CANSSM)

Concernant ce chapitre qui lui est entièrement consacré, la CANSSM ne partage pas une partie des observations de la Cour et, partant, conteste les conclusions qu'elle en tire.

Le partie I n'appelle pas de remarques, sauf à constater le progrès important qu'a apporté la loi de financement pour 2016 dans la sécurisation du financement des prestations maladie et accidents du travail et dans la gestion de la trésorerie de la caisse, avec à la clef une économie de l'ordre de 10M€. Il faut également rappeler que, si la CANSSM a progressivement délégué les missions de service direct des prestations, elle reste le garant des droits des assurés relevant de ce régime, dont la Cour ne remet pas en cause le maintien.

S'agissant de l'offre de santé, la CANSSM a la responsabilité, comme le rappelle la Cour, de la gestion d'un nombre important de centres de santé, établissements, services, officines ou magasins, ouverts, à l'exception des officines, à l'ensemble de la population. L'ouverture effective à tous les assurés sociaux est une orientation stratégique majeure de la caisse depuis 2005 et cette stratégie s'est effectivement traduite par des taux d'ouverture en augmentation : en 2015, près d'un patient sur deux en médecine générale relevait d'un autre régime.

L'offre de santé de la caisse répond certes aux besoins croissants, du fait de l'avancée en âge, des assurés miniers, mais elle n'est plus spécifique à ces assurés. Dans les bassins où elle est implantée, la CANSSM contribue, en particulier par son offre de premier recours, au maintien d'une offre de santé de proximité dans des zones en risque de désertification médicale. Le nombre de patients ayant recours à l'offre du régime minier s'accroît : entre 2012 à 2015, le nombre de patients tous régimes confondus ayant eu recours aux médecins généralistes des centres a ainsi augmenté de 8,7% et celui des patients non miniers de 46,5%. Il faut ajouter que cette offre contribue à l'accessibilité des soins du fait de ses caractéristiques : pratique du tiers payant, absence de dépassement d'honoraires, qui sont des éléments constitutifs du régime de

protection sociale minier mais bénéficient aussi à l'ensemble de la population.

Outre ces fortes caractéristiques d'accessibilité, la CANSSM porte également un modèle de santé global, couvrant sur un même territoire différents segments de l'offre de santé et de l'aide à domicile, de la prévention à l'accompagnement social. Cette globalité du service rendu, que les pouvoirs publics cherchent à promouvoir, est un atout objectif dans la conduite de politiques de santé, pour favoriser par exemple le maintien à domicile des personnes âgées ou le parcours en santé des personnes malades chroniques. La CANSSM souhaite participer à ce titre aux expérimentations d'organisation de la santé prévues par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et la loi du 28 décembre2015 d'adaptation de la société au vieillissement.

Enfin, la CANSSM présente un modèle d'exercice professionnel qui peut, aux côtés et en complément des autres formes d'exercice, être attractif pour de jeunes professionnels, pour peu que les perspectives d'avenir des structures concernées soient stabilisées.

C'est à l'aune de cette réalité tout à fait tangible du service rendu à la population dans de nombreux bassins de soins et des perspectives d'avenir pour le modèle que porte la caisse que doivent se dessiner les orientations stratégiques de la CANSSM.

La convention d'objectifs et de gestion (COG) qui lie la CANSSM à l'État reconnaît l'intérêt pour la population de l'offre de santé déployée par la CANSSM et trace d'ores et déjà une voie ambitieuse mais réaliste d'évolution pour la CANSSM : moderniser et valoriser son offre de santé, augmenter son efficience.

Si la Cour note à plusieurs reprises les efforts engagés sous l'empire de cette COG et plus globalement depuis 2012, il convient de compléter ce constat et d'y ajouter quelques éléments de perspective.

Comme le rappelle la Cour (II-B-1), le solde financier s'est légèrement amélioré depuis 2012 mais avec des dynamiques différentes selon les secteurs de l'offre, qui doivent être examinés séparément.

Le déficit des centres de santé et plus encore des centres de santé hors médecine spécialisée, pour lesquels la COG fixe un objectif de baisse du déficit de 60 %, s'est réduit. Ainsi que la Cour le mentionne, des réformes structurelles ont été entreprises au cours des dernières années pour moderniser l'offre et supprimer les consultations secondaires peu fréquentées et les charges associées.

Les perspectives pour cette offre s'inscrivent dans le cadre de l'accord national des centres de santé négocié en juillet 2015, qui incite à la création de centres au fonctionnement pluridisciplinaire affirmé, largement accessibles à la population en termes d'horaires d'ouverture et dotés de systèmes d'information en santé facilitant l'échange de données. La Cour sous-estime la capacité des centres et des professionnels qui y travaillent à s'adapter aux contraintes du nouvel accord, qui sont autant d'opportunités pour améliorer le service rendu à la population. Cet accord peut se traduire également par un surcroît de recettes, insuffisant cependant à lui seul pour assurer l'équilibre des structures ; celui-ci passe également par une meilleure valorisation des recettes, un accroissement de l'activité et la réduction des aléas que cette activité peut connaître, et la recherche d'économies de fonctionnement, que la CANSSM s'attache à mettre en œuvre.

La situation des établissements s'est améliorée depuis 2012 de façon très substantielle en dehors des établissements situés dans l'Est, dans un contexte pourtant peu favorable compte tenu de la faiblesse objective des dotations de certains établissements (établissement du Nord et du Pas de Calais, établissement de Folcheran) et des baisses supplémentaires de dotations intervenues depuis deux ans. Comme le mentionne la Cour, le déficit global des établissements est largement corrélé à la situation de l'hôpital de Freyming Merlebach, fusionné depuis le 1er janvier 2016 avec l'établissement de Creutzwald. La CANSSM s'est fortement investie dans la restructuration de cet établissement ; elle a réalisé, dans le cadre d'un plan de restructuration plus global de l'offre du bassin de soins, la reconversion complète de cet établissement en établissement de rééducation et de soins et de suite et engagé en juin 2016, avec l'accord des quatre organisations représentatives, un plan de départ volontaire indispensable pour réduire les effectifs de 84 ETP. S'agissant de la polyclinique Sainte Barbe, des actions sont engagées pour augmenter les recettes et réduire les déficits en réorganisant l'activité. Même si les objectifs de la COG sont ambitieux, la CANSSM ne partage pas la prévision de la Cour au III-B selon laquelle ils seraient impossibles à atteindre d'ici fin 2017. Elle rappelle aussi que des pans importants de l'activité de la CANSSM, comme les 16 services de soins infirmiers à domicile, totalisant 1602 places, ou le service d'aide à domicile du Nord, comptant plus de 1300 collaborateurs, sont à l'équilibre ou très proches de l'équilibre.

De façon plus ponctuelle, la CANSSM ne partage pas l'appréciation globale défavorable que porte la Cour sur les créances détenues par la caisse sur d'autres organismes. Le recouvrement effectif de ces créances d'un montant important doit continuer à faire l'objet d'un

suivi très attentif, mais comme le constate la Cour elle-même (I-D-2), la réserve des commissaires aux comptes liée au non provisionnement de la créance sur l'AHNAC a été levée en 2015, compte tenu du constat d'un remboursement régulier de cette créance.

S'agissant des officines, la Cour rappelle (II-A-2) le contexte légal particulier qui a conduit à une diminution accélérée de leur chiffre d'affaire depuis 2011. Dans ce contexte, la CANSSM a pris les initiatives nécessaires pour adapter son réseau, préserver au maximum l'activité, réduire les charges et redéployer les personnels. La CANSSM partage l'opinion de la Cour sur la nécessité d'un plan global d'accompagnement de la réduction de cette activité, soutenu par les pouvoirs publics, de façon à garantir aux assurés le service rendu, redéployer dans de bonnes conditions les personnels qui y sont affectés et prévenir ou limiter les déficits afférents à cette offre; un tel plan est en préparation, conformément aux objectifs de la COG.

Concernant les autres structures de prestation des services en santé, les engagements souscrits dans le cadre de la COG sont tenus : les activités durablement déficitaires, sans perspective de retour à l'équilibre, seront abandonnées, dès 2016.

De façon globale, la CANSSM considère qu'à mi-parcours de l'application de la COG, la plupart des chantiers stratégiques prévus par la COG soit sont d'ores et déjà réalisés, soit sont en cours de mise en œuvre. Il est donc à tout le moins prématuré - et du point de vue de la CANSSM, erroné - de considérer que ces objectifs ne seront pas atteints à échéance de la COG fin 2017.

La Cour fait état des difficultés structurelles de la CANSSM. La CANSSM est consciente de ces difficultés et des voies d'amélioration de son organisation et de son efficience. Ce sont celles qu'indique la COG : amélioration de ses outils de comptabilité analytique et de pilotage, réorganisation et réduction de ses fonctions support, accompagnant son changement d'activité principale. La CANSSM considère que certaines appréciations portées par la Cour sont trop lapidaires et ne prennent pas en compte les évolutions intervenues au cours des dernières années ; ainsi les outils statistiques ne sont-ils pas tous « en construction ou non utilisés » comme mentionné au II-C-1 : la base de données UDAS, fiable et régulièrement exploitée, permet une connaissance régulièrement actualisée de l'offre en centre de santé. S'agissant de la qualité des soins, elle rappelle que les établissements de santé sont tous certifiés, que les établissements et services médico sociaux ont tous donné lieu à une évaluation externe, que le service d'aide à domicile du Nord Pas de Calais est certifié AFNOR, enfin que la caisse est pionnière dans la

certification des centres de santé (premières certifications AFNOR en juin 2016).

S'agissant des coûts salariaux, la CANSSM ne mésestime pas l'impact défavorable sur son équilibre du surcoût salarial par rapport à la convention la plus largement appliquée dans le secteur sanitaire et social non lucratif (convention Fehap), surcoût variable selon les catégories et qu'il faudrait mieux mesurer. Elle constate toutefois que depuis 2007 tous les personnels hors profession médicale et personnels des services d'aide à domicile sont embauchés sous référence UCANSS ; la question des surcoûts éventuels de cette convention de branche dépasse dès lors le cadre strict des compétences et des capacités d'action de la CANSSM. S'agissant plus spécifiquement des médecins généralistes, il conviendrait de comparer la rémunération moyenne des praticiens à celle de leurs confrères libéraux pour constater, ou non, une rémunération excessive.

Enfin s'agissant des effectifs, la CANSSM rappelle comme la Cour qu'ils ont fortement diminué au cours des dernières années, notamment dans les fonctions support (-11,1 % de 2013 à 2015). Là encore, l'action de la CANSSM au cours des dernières années a été forte pour adapter ses effectifs à son activité.

A ce stade de l'analyse, la CANSSM considère que la Cour sous-estime la capacité de la CANSSM à s'adapter et à entreprendre les réformes nécessaires pour réduire son déficit, sans remettre en cause le service rendu à la population.

La CANSSM a montré, dans le cadre de la COG en cours et dans un laps de temps assez court, sa capacité à engager la restructuration de son offre de santé, en relation constante avec les ARS, et continuera à le faire; forte d'un dialogue social dense, elle peut se saisir de la même façon des opportunités d'adaptation de ses effectifs que mentionne la Cour au III-B, dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à la mesure des évolutions que connaît la caisse et qu'elle a commencé à développer. La CANSSM ne peut être que favorable à la mobilité de son personnel, mais elle considère que cette mobilité peut s'effectuer, sous le contrôle et avec l'impulsion de l'État, dans le cadre d'accords avec les organismes des autres régimes de sécurité sociale. La suppression de la CANSSM ne réglerait en rien le problème que constitue, pour la Cour, la persistance des dispositions conventionnelles minières puisque, comme rappelé ci-dessus, tous les nouveaux embauchés le sont, depuis 2007, sous référence UCANSS et qu'il n'est pas envisagé de revenir sur ce statut pour les personnels qui en bénéficient (sauf rachat des avantages en nature, qui aurait un coût global très important).

Parmi les pistes évoquées par ailleurs par la Cour dans l'hypothèse d'une suppression de la caisse, aucune, sauf la dernière, ne paraît à même de préserver l'unité de l'offre sanitaire et sociale que peut proposer la CANSSM dans les territoires où elle intervient et dont on a rappelé ci-dessus l'intérêt pour les patients.

La CANSSM ne partage donc pas les conclusions de la Cour ; elle prend évidemment pleinement note des critiques et observations qui sont formulées et qui sont autant d'incitations à améliorer son fonctionnement mais elle considère que la COG a d'ores et déjà défini ce que peut être pour la caisse un chemin d'évolution efficace, efficient et responsable. Elle s'attachera à en atteindre les objectifs.