

Cour des comptes



LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Septembre 2015

SOMMAIRE

	Réponses
AVANT-PROPOS.....	IX
DÉLIBÉRÉ.....	1
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	5
PREMIÈRE PARTIE - LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE DES COMPTES SOCIAUX : UNE PERSPECTIVE DIFFÉRÉE	17
Chapitre I - La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : une réduction limitée des déficits en 2014, un objectif de retour à l'équilibre reporté	19
I - En 2014, une réduction limitée des déficits qui se maintiennent à des niveaux élevés.....	21
II - Un retour à l'équilibre désormais repoussé au-delà de 2018	43
Chapitre II - Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à 2014 : avis sur la cohérence	65
I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre 2014.....	68
II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2014.....	82
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	95
I - L'ONDAM 2014 : des progrès notables dans la construction, mais des faiblesses persistantes	98
II - Une progression effective des dépenses toujours soutenue, malgré le respect de l'ONDAM.....	110
III - L'ONDAM pour les années 2015 à 2017 : un nécessaire renforcement des mesures d'économies structurelles	128
Chapitre IV - Les cotisations sociales : une place prépondérante mais en déclin dans le financement de la sécurité sociale, une cohérence et une lisibilité à rétablir	143
I - Une place toujours prédominante, mais en réduction forte et continue, dans le financement de la sécurité sociale.....	146
II - Une cohérence et une lisibilité nécessaires	163

	Réponses
DEUXIÈME PARTIE RENFORCER LA RÉGULATION DE L'ASSURANCE MALADIE ET LA MAÎTRISE DE SES DÉPENSES.....	181
A – La réorganisation inaboutie de l'offre de soins	183
Chapitre V - Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant	185
I - Une recomposition lente et inégale de l'offre de soins	188
II - Des modalités de recomposition de moins en moins volontaristes	201
III - De nouveaux leviers pour amplifier une réorganisation indispensable	208
Chapitre VI - La stratégie et le pilotage central de l'organisation du système de soins : une refonte nécessaire. 217	679
I - Une direction générale de l'offre de soins qui peine à remplir sa mission stratégique	220
II - Un pilotage national des agences régionales de santé inadapté à la recomposition de l'offre de soins.....	231
III - Une organisation générale à reconstruire	238
Chapitre VII - Les maternités : une réorganisation à poursuivre activement	245
I - Le renforcement des normes de fonctionnement : un effet restructurant lourd mais incomplet	248
II - Une fragilité des maternités qui rend nécessaire la mise en œuvre d'une stratégie nationale	259
Chapitre VIII - Les centres de lutte contre le cancer : un positionnement à redéfinir dans l'offre de soins	269
I - Un modèle dont le particularisme s'estompe	272
II - Une stratégie à redéfinir.....	286
B – La maîtrise de dépenses à fort dynamisme	299
Chapitre IX - Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai... 301	680
I - Des dépenses en forte augmentation, dont les déterminants sont insuffisamment analysés.....	304
II - Une croissance des effectifs non maîtrisée et mal répartie sur le territoire	316
III - Des actions de maîtrise à mettre en œuvre sans délai.....	327

	Réponses
Chapitre X - L'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charge plus efficaces 345	695
I - Des modalités de prise en charge diversifiées, mais inégalement développées 348	
II - Des politiques publiques manquant de continuité et insuffisamment ambitieuses 353	
III - Conjuguer qualité de la prise en charge et maîtrise des coûts 366	
TROISIÈME PARTIE - DES SOLIDARITÉS À REPENSER 379	
Chapitre XI - Les pensions de réversion : un rôle toujours majeur, une modernisation souhaitable..... 381	703
I - Une place toujours importante dans le système de retraites..... 384	
II - Des règles hétérogènes, à l'origine de nombreuses disparités de situation 390	
III - Les pistes d'évolution envisageables pour une modernisation et une harmonisation progressive 400	
Chapitre XII - L'accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler 415	710
I - Une place importante dans l'organisation de la protection sociale . 418	
II - Un accès aux soins toujours imparfaitement assuré..... 426	
III - Vers un ciblage accru des dispositifs..... 434	
QUATRIÈME PARTIE - GÉRER DE MANIÈRE PLUS EFFICIENTE 449	
Chapitre XIII - La réorganisation des réseaux de caisses du régime général : un mouvement significatif, un impossible <i>statu quo</i> 451	716
I - Le resserrement des réseaux : des avancées significatives mais différenciées, des gains de productivité inaboutis 454	
II - Les mutualisations d'activités : un nouveau maillage fonctionnel en cours de constitution, un risque de complexification..... 468	
III - Définir de nouveaux modèles organisationnels..... 479	
Chapitre XIV - La qualité des comptes des établissements publics de santé : une exigence à confirmer pleinement..... 493	722
I - De forts enjeux..... 497	
II - Un effort significatif d'accompagnement 504	
III - Une vigilance particulière à exercer sur certains éléments déterminants pour la qualité des comptes hospitaliers..... 515	

	Réponses
CINQUIÈME PARTIE LES SYSTÈMES DE RETRAITES ET D'ASSURANCE MALADIE EN FRANCE ET EN ALLEMAGNE : ÉLÉMENTS DE COMPARAISON.....	527
Chapitre XV - Les systèmes de retraites en France et en Allemagne	533
I - Des systèmes proches dans leur conception, des différences significatives dans leur étendue	537
II - Des réformes d'intensité différente, une situation contrastée des retraités	556
III - Des modalités de pilotage inégalement contraignantes, de nouveaux ajustements à terme	573
Chapitre XVI - Les systèmes d'assurance maladie en France et en Allemagne	589
I - Un socle commun, mais des évolutions divergentes	592
II - Des modes de régulation financière aux logiques différentes.....	605
III - Des formules propres à chaque pays pour le pilotage des dépenses sectorielles	617
A N N E X E S	635
Annexe 1 - Le suivi des recommandations formulées par la Cour.....	637
I - Les suites données aux recommandations des trois derniers rapports	644
II - Les différentes natures de suites données aux recommandations de la Cour : trois illustrations	645
Annexe 2 - Récapitulatif des recommandations	653
RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS ET DES ORGANISMES CONCERNÉS	663
Glossaire.....	753

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 réunie en formation plénière, a adopté le présent rapport sur *La sécurité sociale : rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015 (RALFSS)*.

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, Mme Froment-Meurice, M. Lefas, présidents de chambre maintenus en activité, MM. Rémond, Pannier, Mme Pappalardo, MM. Cazala, Lafaure, Mme Morell, M. Perrot, Mmes Françoise Saliou, Ulmann, MM. Barbé, Gautier, Courtois, Vivet, Diricq, Charpy, Maistre, Martin, Ténier, Lair, Mme Froment-Védrine, MM. Rigaudiat, Selles, Mme Dos Reis, M. de Gaulle, Mme Monique Saliou, MM. Guédon, Urgin, Baccou, Vialla, Ory-Lavollée, Sépulchre, Arnaud d'Andilly, Mousson, Guérout, Mme Vergnet, MM. Feller, Chouvet, Viola, Mmes Démier, Malgorn, MM. Saudubray, Migus, Laboureix, Léna, Mmes Latare, Dardayrol, MM. Mourier des Gayets, de La Guéronnière, Albertini, Aulin, Jamet, Écalle, Mme Périn, MM. Ortiz, Rolland, Mmes Bouzanne des Mazery, Soussia, M. Basset, Mmes Faugère, Périgord, MM. Appia, Brouder, Drouet, Thévenon, Chailland, Mmes Toraille, Latournaire-Willems, Child, M. Giannesini, Mme Hamayon, conseillers maîtres, MM. Leclercq, Schmitt, Sarrazin, Delbourg, Galliard de Lavernée, Blanchard-Dignac, 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 MM. Viola, conseiller maître, rapporteur général, et Gatineau, auditeur, rapporteur général adjoint 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. Bertrand n'a pas pris part à la délibération sur le chapitre VI : *La stratégie et le pilotage central de l'organisation du système de soins : une refonte nécessaire* ;

M. Drouet n'a pas pris part à la délibération sur le chapitre XIII : *La réorganisation des réseaux de caisses du régime général : un mouvement significatif, un impossible statu quo.*

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

Fait à la Cour, le 8 septembre 2015.

Le projet de rapport soumis à la chambre du conseil a été préparé par la sixième chambre de la Cour des comptes, présidée par M. Durrleman, président de chambre et composée de MM. Babusiaux, Patrick Lefas, présidents de chambre maintenus, MM. Diricq, Selles, Viola, Laboureux, Mme Latare, MM. de la Guéronnière, Brunner, Jamet, Mme Bouzane des Mazery, MM. Appia, Samaran, Chailland, Mmes Saurat, Toraille conseillers maîtres, M. Leclercq, conseiller maître en service extraordinaire.

Le rapporteur général était M. Viola, conseiller maître et son adjoint était M. Gatineau, auditeur.

Ce projet de rapport a été délibéré par la sixième chambre de la Cour les 25 et 27 février, 2, 4, 6, 18 et 25 mars, 22 et 29 avril, 4, 6, 11, 20 et 27 mai, 1^{er}, 5, 8, 10, 12, 15, 17, 22, 24 et 29 juin, 1^{er}, 3, 6 et 10 juillet 2015.

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

- en tant que contre-rapporteurs par M. Babusiaux, président de chambre maintenu, MM. Diricq, Selles, Viola, Laboureux, Mme Bouzane des Mazery, conseillers maîtres, M. Leclercq, conseiller maître en service extraordinaire. ;

- en tant que rapporteurs par MM. Diricq, Viola, Mme Latare, MM. de la Guéronnière, Jamet, Mme Bouzane des Mazery, MM. Appia, Samaran, Chailland conseillers maîtres, MM. Oseredczuk, Barichard, Vasseur, Richard, Séville, Mme Champetier de Ribes, conseillers référendaires, M. Gatineau, auditeur, MM. Bonnet, Charrier, Mmes Crémault, Delpech, Gérard-Chalet, Méadel, M. Olié, Mme Prévost-Mouttalib, rapporteurs, avec le concours de Mme Chabbert, M. Chardonnet, Mmes Crépeux, Daros-Plessis M. Delmas, Mme Filidori, MM. Maurer, Scholler, Sikora, experts, Mmes Apparitio, Pagliaroli, Péronnet, vérificatrices.

Le projet de rapport a été examiné et approuvé, les 17 mars, 14 avril, 19 et 29 mai, 9, 23 et 30 juin, 7, 15 et 21 juillet 2015 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, 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

En 2014, la sécurité sociale a versé au total 458 Md€ de prestations, soit un montant représentant 21,4 % du PIB (produit intérieur brut). De nouveau et pour la treizième année consécutive, ses comptes sont demeurés en déficit. En près de 20 ans, depuis l'instauration des lois de financement de la sécurité sociale en 1996, ils n'ont été à l'équilibre que trois fois, entre 1999 et 2001.

La persistance et l'ampleur de ces déficits, l'anomalie même qu'ils constituent et que n'accepte durablement aucun des pays comparables au nôtre, devraient faire du rétablissement de l'équilibre des comptes sociaux un enjeu crucial dans l'effort de redressement des comptes publics auquel l'ensemble des administrations publiques est appelé à concourir.

Pourtant en 2014, les déficits n'ont une nouvelle fois connu, comme en 2013, qu'une réduction limitée. En 2015, le rythme de leur diminution connaîtrait un ralentissement marqué. Plus préoccupant encore, l'objectif affiché en 2014 d'un équilibre des comptes sociaux en 2017 est désormais reporté à un horizon indéfini.

La détermination d'une trajectoire de retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale, proche dans son terme et assurée dans sa réalisation, apparaît indispensable afin non seulement de respecter les engagements de réduction des déficits publics, mais aussi d'éteindre au plus tôt la dette sociale qui ne cesse de s'alourdir depuis les années 1990.

Dans le prolongement de son dernier rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques prises dans leur ensemble¹ comme de ses précédents rapports sur la sécurité sociale, la Cour s'attache à analyser plus spécifiquement la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale et à éclairer plusieurs champs possibles de réforme de nature à concourir à l'atteinte de ce double objectif.

*
* *

1. Cour des comptes, *La situation et les perspectives des finances publiques*, juin 2015, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

L'équilibre des comptes sociaux : un objectif à réaffirmer

En 2014, une réduction modeste des déficits

En 2014, le déficit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est établi à -12,8 Md€, soit une diminution de 3,2 Md€ par rapport à 2013. S'agissant du régime général et du FSV, il s'est contracté à -13,2 Md€, soit une réduction de 2,2 Md€ par rapport à 2013. Ce niveau, très légèrement plus élevé que celui prévu par la loi de financement initiale pour 2014, traduit un rythme de rééquilibrage désormais durablement ralenti, comparable à celui de 2013, mais nettement inférieur à ceux de 2011 et 2012. Le déficit continue ainsi à être très supérieur à celui, déjà très élevé, constaté avant la crise économique de 2008-2009.

Dans le contexte d'une croissance plus faible que prévu, la poursuite de sa résorption en 2014 n'a été permise, comme les trois années précédentes, que par la mobilisation déterminante de recettes nouvelles (+5,3 Md€). Si les dépenses ont progressé à un rythme moins élevé qu'en 2013, elles ont continué en effet à augmenter plus rapidement que le PIB et que la masse salariale sur laquelle est assise une part prépondérante des ressources de la sécurité sociale. La composante structurelle du déficit représente ainsi encore près de 4 Md€.

Le déficit du régime général et du FSV est demeuré trop important pour empêcher une nouvelle augmentation de la dette sociale, qui a atteint 158,4 Md€.

Ces résultats sont retracés par les tableaux d'équilibre et par le tableau patrimonial annexés au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, sur la cohérence desquels la Cour porte un avis assorti de plusieurs observations destinées à permettre d'améliorer l'information qu'ils apportent au Parlement. Ils mettent ainsi en lumière une situation des comptes sociaux qui demeure préoccupante et s'inscrit dans une trajectoire de redressement dégradée.

Un ralentissement marqué du rythme de réduction des déficits en 2015

En 2015, les prévisions actualisées à l'été font apparaître une réduction limitée du déficit du fait d'une progression moins forte qu'attendu des recettes et d'une croissance toujours soutenue des dépenses. Toutes choses égales par ailleurs et sous réserve en particulier d'un strict respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le déficit du régime général et du FSV s'établirait ainsi à -13,0 Md€ en 2015, après -13,2 Md€ en 2014. Si le solde des branches famille et

vieillesse est prévu à ce stade en amélioration par rapport à 2014, ceux de la branche maladie et du FSV seraient au contraire en aggravation. Dans ces conditions, la dette sociale ne s'infléchirait toujours pas.

Une trajectoire de réduction des déficits qui diffère l'objectif d'un équilibre des comptes à un horizon indéterminé

La réduction du rythme de diminution des déficits conduit à décaler la trajectoire de redressement des comptes définie par la loi de financement rectificative d'août 2014, qui programmait d'atteindre l'équilibre en 2017. Selon les prévisions associées à la loi de financement pour 2015, le redressement attendu de la croissance et, partant, de l'évolution de la masse salariale, devrait permettre la reprise à partir de 2016 d'une réduction progressive des déficits.

Ce scénario reporte toutefois au-delà de 2018, sans plus déterminer de calendrier précis, l'objectif d'équilibre des comptes sociaux. Il présente au surplus de fortes fragilités liées notamment aux hypothèses macro-économiques alors retenues, faisant anticiper une forte progression de la masse salariale du secteur privé (+3,5 % en 2016, +4,2 % en 2017 et 2018). De fait, la révision en avril 2015 des perspectives de croissance dans le cadre du programme de stabilité pour 2015-2018 conduit à estimer que le déficit pourrait encore s'élever à environ 5 Md€ en 2018. À rythme inchangé de diminution des déficits et toutes choses égales par ailleurs, le retour à l'équilibre n'interviendrait alors pas avant 2021.

Une dette sociale à l'inflexion soumise à de forts aléas et de plus en plus dangereusement financée à court terme

Le report de l'objectif d'équilibre des comptes apparaît particulièrement préoccupant. Si la trajectoire de réduction des déficits sur la période 2016-2018, elle-même soumise à d'importants aléas, ne se réalisait pas, l'amorce d'une diminution globale de la dette sociale, actuellement anticipée à compter de 2016, se décalerait à son tour, soumettant cette dernière à des risques accrus.

Si en effet la dette portée par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) décroît progressivement grâce aux 16 Md€ de ressources dont elle bénéficie annuellement, la persistance de déficits élevés du régime général se traduit en parallèle par un accroissement de la part qui en est financée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), dont ce n'est pas la mission. Ceux-ci atteindraient un point haut à 32,5 Md€ en 2016 et resteraient proches de 30 Md€ au moins jusqu'en 2018. Ils constituent une dette de très court terme

particulièrement exposée au risque de remontée des taux d'intérêt. Alors que la part de la dette sociale transférée à la CADES diminue depuis 2012, la part de cette dette de très court terme, qui était de 0,3 % du montant total de la dette sociale en 2011, est passée à 19 % en 2014 et atteindrait 21,5 % en 2018.

Cette situation préoccupante impose de faire reprendre sans délai par la CADES la dette portée par l'ACOSS et, au fur et à mesure, les déficits à venir des branches famille et maladie, dont le transfert n'est toujours pas organisé. Plus ce dernier sera tardif, plus il nécessitera de mobiliser, sur une courte période, des ressources supplémentaires pour éteindre la dette sociale au terme prévu en 2024.

La nécessité d'agir désormais par la maîtrise des dépenses plutôt que par la mobilisation de nouvelles recettes

La voie d'un retour à l'équilibre par un effort portant prioritairement sur les recettes a été constamment privilégiée au cours de la dernière période. Des ressources supplémentaires considérables (+6,2 Md€ en 2012, +7,6 Md€ en 2013, +5,3 Md€ en 2014) ont été ainsi apportées année après année à la sécurité sociale sans que leur cumul empêche pour autant un ralentissement continu du rythme de rééquilibrage des comptes sociaux.

Ce mode de redressement trouve aujourd'hui des limites de plus en plus manifestes, tant en termes d'impact économique que d'acceptabilité sociale pour les assurés.

Dans le prolongement de ses travaux antérieurs sur les impôts et taxes affectés à la protection sociale en 2012 et sur la contribution sociale généralisée en 2013, la Cour a ainsi analysé l'évolution de la part des cotisations dans le financement de la sécurité sociale. Cette dernière a connu un recul massif en 25 ans : les 322 Md€ qu'elles ont apportés en 2013 n'en représentaient plus que 60 %. Cette évolution reflète l'adaptation des modes de financement au développement de prestations devenues largement universelles qui a conduit à diversifier les recettes. Il traduit aussi le souci sans cesse plus affirmé de limiter le poids des prélèvements sociaux sur les revenus d'activité pour soutenir l'emploi et la compétitivité économique. Cette préoccupation fait obstacle désormais à toute perspective de relèvement majeur de cotisations. Cette dernière irait de fait à l'encontre de la politique conduite avec continuité depuis 1993 pour faire bénéficier les entreprises d'allègements généraux de cotisations, encore substantiellement accrus dans le cadre du pacte de responsabilité présenté en 2014.

La mise en place progressive à compter de 2013 du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) a encore amplifié l'effort de réduction du coût du travail en faisant toutefois coexister deux dispositifs de soutien, l'un social, l'autre fiscal. La transformation du CICE en allègements supplémentaires de cotisations annoncée à l'horizon 2017 par les pouvoirs publics offrirait à cet égard l'opportunité de redéfinir le barème des cotisations sociales en fonction des prélèvements effectifs et non de ceux aujourd'hui affichés en trompe-l'œil, faute d'une intégration des allègements de cotisations au barème. Au-delà de permettre de remettre en cohérence les logiques de financement des différents risques et régimes, elle pourrait être mise à profit pour clarifier les objectifs poursuivis, entre soutien à l'emploi des salariés les moins qualifiés et soutien à la compétitivité. Les trois scénarios de fusion construits et analysés par la Cour à titre illustratif mettent en évidence à cet égard la nécessité de choix délicats sur l'orientation des efforts d'allègements.

Équilibrer les comptes suppose ainsi de concentrer désormais des efforts nettement plus ambitieux sur la maîtrise de la dépense, que seules des réformes en profondeur peuvent assurer dans la durée.

Dans cette perspective et dans la suite des analyses de ses précédents rapports sur la sécurité sociale, la Cour met en lumière dans de nouveaux secteurs de la dépense sociale l'ampleur des économies possibles à tous les niveaux sans remettre en cause les principes sur lesquels cette dernière est fondée.

Un impératif : infléchir fortement par des mesures structurelles la dynamique des dépenses d'assurance maladie

Alors même qu'il avait très sensiblement augmenté en 2013 (-6,8 Md€) par rapport à 2012 (-5,9 Md€), le déficit de la branche maladie du régime général ne s'est qu'à peine infléchi en 2014 (-6,5 Md€) où il a représenté à lui seul la moitié du déficit total de la sécurité sociale. En 2015, les plus récentes prévisions font apparaître qu'il repartirait de nouveau nettement à la hausse (-7,2 Md€).

L'objectif national annuel de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), au taux d'augmentation voté moins élevé qu'en 2013 et à la construction plus rigoureuse, comme l'avait recommandé la Cour, a certes été à nouveau respecté en 2014, pour la cinquième année consécutive. Mais le rythme de progression des dépenses s'est accéléré. L'ONDAM exécuté a atteint son niveau le plus élevé (+2,4 %) depuis 2011, en dépit de facteurs favorables à son ralentissement. Cette vive croissance est notamment imputable aux soins de ville, dont les dépenses ont progressé de +2,9 %, en hausse très sensible par rapport à 2013. Leur

forte augmentation a dû être compensée par des réductions des dotations aux établissements de santé et à ceux prenant en charge les personnes âgées et les personnes handicapées.

Un taux d'augmentation de l'ONDAM moins rapide (+2,1 %, abaissé à +2,05 % dans le cadre du programme de stabilité 2015-2018) a été retenu pour 2015. Il sera bien davantage encore contraint pour les années 2016 et 2017 (+1,75 %). Un programme triennal d'économies leur est associé, comme la Cour l'avait préconisé, mais ses modalités de mise en œuvre restent à ce stade peu précises. Pour être tenus, ces objectifs plus exigeants nécessitent la mise en œuvre d'outils de régulation renforcée des dépenses de soins de ville et de soins en établissements de santé, au-delà de nouveaux progrès nécessaires dans l'élaboration et les modalités de suivi de l'ONDAM. Ces enjeux sont d'autant plus importants que des risques significatifs de relance de la dépense sont susceptibles d'affecter le respect de ce dernier dans les années à venir.

En ce sens, deux leviers d'efficience majeurs font l'objet d'analyses approfondies : l'accélération de la recomposition de l'offre de soins d'une part, une régulation plus vigoureuse de postes de dépenses particulièrement dynamiques d'autre part.

Amplifier la réorganisation de l'offre de soins

La Cour a cherché à dresser un bilan des actions entreprises depuis une vingtaine d'années par les pouvoirs publics pour réorganiser le système de soins et améliorer les conditions de prise en charge tout en visant des gains d'efficience à même de modérer l'évolution des dépenses, dans le prolongement des analyses déjà consacrées à plusieurs de ces aspects (notamment les activités de soins de suite et de réadaptation en 2012, l'avenir des hôpitaux locaux en 2013) ou à certains de ses outils (en particulier en 2012 la mise en place des agences régionales de santé et en 2014 l'élaboration par celles-ci des projets régionaux de santé).

Ce bilan s'avère décevant. Si l'offre de soins s'est progressivement recomposée au cours des deux dernières décennies, c'est toutefois de manière lente et inégale. Le système de soins demeure toujours très fortement centré sur l'hôpital, qui représente 37 % de la dépense de santé, beaucoup plus que chez la plupart de nos voisins, avec un nombre de lits par habitant et un nombre d'établissements de santé également supérieurs à la moyenne. Malgré des tentatives tardives de mise en place d'une médecine de parcours, les modes d'organisation des soins de ville ont peu évolué pour répondre aux besoins liés au vieillissement de la population. Les inégalités d'accès à la médecine de ville restent fortes.

Les outils restructurants que constituent les normes d'activité et de fonctionnement ou la convergence tarifaire entre les établissements publics et privés de santé ont été de fait de moins en moins mobilisés, voire abandonnés, au profit de démarches coopératives et incitatives aux effets moins directement perceptibles. Des modalités plus déterminées apparaissent nécessaires pour atteindre des objectifs d'efficience à rendre plus explicites.

Encore faut-il que les administrations en charge de la stratégie et du pilotage central de l'organisation du système de soins soient à même de remplir efficacement leur rôle. La réorganisation en 2010 de l'administration centrale du ministère de la santé lors de la création des agences régionales de santé n'est pas sans entraîner de réelles difficultés à cet égard du fait d'un éclatement des responsabilités. Une refonte profonde apparaît indispensable.

Dans ce contexte, il n'est guère étonnant que se constate dans certains domaines un manque préjudiciable d'orientations stratégiques, comme le montre en particulier la réorganisation à poursuivre du réseau des maternités.

Ce dernier s'est restructuré en profondeur sous l'effet de la fixation, à la fin des années 1990, de seuils minimaux d'activité et de différents niveaux de technicité et d'équipement. Le nombre de maternités a chuté d'un tiers sans dégrader globalement les conditions d'accès, même si s'observe parfois une articulation des différents niveaux de prise en charge mal adaptée aux besoins. La situation de nombreux établissements apparaît cependant précaire en raison de difficultés lourdes de recrutement - qui vont s'aggraver très fortement du fait des départs en retraite à venir - et de déséquilibres financiers. Une nouvelle étape de recomposition du réseau des maternités, inévitable, risque de se traduire par des ajustements mal maîtrisés, au détriment notamment de certaines zones fragiles, si elle ne fait pas l'objet d'un pilotage plus actif afin de garantir de manière pérenne l'accessibilité et la sécurité des soins.

Les 18 centres de lutte contre le cancer offrent une autre illustration de la nécessité d'un pilotage plus affirmé de la recomposition de l'offre de soins. Dans le prolongement des travaux consacrés en 2013 à la place des établissements de santé privés d'intérêt collectif dans le système de soins, la Cour a examiné la manière dont avait évolué au cours des dernières années ce modèle original qui a pris en charge en 2013 près de 10 % des personnes atteintes de cancer. Les fragilités de certains de ces centres posent la question de leur avenir. Aucune solution ne doit être exclue, qu'il s'agisse d'un rapprochement entre centres proches lorsqu'il s'avère pertinent ou d'une fusion avec le centre hospitalier universitaire implanté sauf exception sur le même site. Les

projets immobiliers de grande ampleur engagés sur différents sites constituent à cet égard des opportunités à saisir, qui permettraient une recomposition ordonnée de ces centres, dans une vision globale de la reconfiguration de l'offre de soins en cancérologie.

La réorganisation du système de soins doit dans ces conditions constituer une priorité d'action beaucoup plus affirmée pour dégager des marges d'efficacité indispensables. C'est ainsi en effet qu'il est possible de conjuguer amélioration de la qualité des prises en charge et régulation plus déterminée des dépenses.

Conjuguer amélioration de la qualité des prises en charge et régulation plus ferme de dépenses à forte dynamique

Comme les années précédentes, la Cour analyse certains postes de dépenses à la croissance particulièrement forte. Après les transports sanitaires en 2012, la biologie médicale en 2013 et les dispositifs médicaux en 2014, elle examine les dépenses liées à l'activité des infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes, ainsi que la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale.

Les dépenses d'assurance maladie liées aux soins dispensés en exercice libéral par les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes (10,7 Md€ en 2014) connaissent une progression vive et continue de +5,7 % par an en euros constants depuis 2000. Le vieillissement de la population engendre certes des besoins accrus de prise en charge de pathologies chroniques et de la dépendance, où ces professions jouent un rôle essentiel et apprécié, mais les déterminants de cette dynamique restent très insuffisamment analysés. Les données disponibles font cependant apparaître qu'elle a été entretenue par la forte croissance démographique de ces professions et soutenue par leur répartition très déséquilibrée sur le territoire. Ces constats appellent à mettre en place rapidement une véritable gestion médicalisée de la dépense, quasi inexistante aujourd'hui, intégrant à la fois prescripteurs et dispensateurs de soins et à réorienter l'offre de soins au service des patients, notamment en instituant un conventionnement sélectif substantiellement renforcé dans les zones les plus denses. Les modalités de rémunération sont également à redéfinir très profondément pour contribuer à une maîtrise plus rigoureuse de la dépense.

L'exemple de l'insuffisance rénale chronique terminale illustre aussi comment meilleure qualité de prise en charge et maîtrise des coûts peuvent se renforcer l'une l'autre. Cette pathologie représente en effet un enjeu de santé publique particulièrement lourd, tant par ses répercussions sur la qualité de vie des patients que par son incidence sur les dépenses de

l'assurance maladie (3,8 Md€), en progression dans la dernière période de +4,9 % par an. Si ses modalités de prise en charge se sont diversifiées, celles qui répondent le mieux à l'attente des patients et concourent le plus à l'amélioration de leur qualité de vie de vie tout en étant plus économes - épuration rénale à domicile et greffe- demeurent insuffisamment développées, au bénéfice en particulier de traitements onéreux par dialyse en centres fortement médicalisés.

Rééquilibrer l'effort financier en faveur de la prévention, développer fortement les greffes à hauteur de ce qu'ont réussi à faire certains de nos voisins, passer pour les traitements d'épuration rénale d'une logique d'offre à une logique d'efficacité en unifiant leurs modalités de tarification et en abaissant cette dernière permettraient une amélioration très significative des prises en charge. Ces orientations autoriseraient une réduction des coûts qui pourrait atteindre 900 M€ à moyen terme, ce qui les alignerait sur ceux constatés à l'étranger.

Des solidarités à repenser

La nécessité de maîtriser rigoureusement la dépense est d'autant plus impérieuse que la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de base s'est dégradée, hormis pour les assurés sociaux atteints d'affections de longue durée. La part des dépenses de soins des assurés sans affection de longue durée qu'elle prend en charge n'atteignait que 61,3 % en 2012 et seulement 51 % pour les soins de ville.

Le constat de difficultés croissantes d'accès aux soins pour des motifs financiers par la partie de la population la moins favorisée a ainsi conduit à instaurer des dispositifs de solidarité permettant de bénéficier d'une couverture complémentaire : en 1999 la CMU-C, gratuite pour ses bénéficiaires, puis en 2004 une aide financière au paiement d'une assurance complémentaire. Depuis lors, l'élargissement de ces dispositifs, par le relèvement de leurs plafonds de ressources, a été privilégié à la facilitation du recours à ceux-ci par la levée des obstacles que leurs bénéficiaires potentiels peuvent rencontrer. Il en résulte des engagements latents massifs liés aux droits non exercés, estimés entre 1,2 et 2,2 Md€ par an. Le grave problème de soutenabilité qui en résulte appelle la mise en œuvre rapide de mesures de redressement selon des modalités qui permettent de concilier le respect de l'équilibre financier avec celui d'un exercice effectif des droits ouverts à leurs bénéficiaires.

Les objectifs de solidarité tiennent également une place importante dans le domaine de l'assurance vieillesse. Après avoir analysé en 2012 la couverture vieillesse des personnes âgées les plus pauvres, la Cour examine cette année les pensions de réversion qui occupent toujours une

place importante, quoiqu'en diminution, dans le système de retraites (près de 34 Md€, soit 1,6 % du PIB en 2014), notamment en venant réduire les écarts de pensions entre hommes et femmes.

Les règles d'attribution et de calcul de ces prestations sont très hétérogènes entre les différents régimes de retraite, de base et complémentaires, qu'il s'agisse des conditions d'âge et de ressources, des taux de réversion ou de la prise en compte des anciens conjoints, créant de fortes disparités de situation. Elles n'ont pas été adaptées en fonction des évolutions de la société, notamment l'acquisition croissante de droits propres de retraite par les femmes, sous l'effet de leur participation au marché du travail et de l'attribution de droits familiaux de retraite liés à l'éducation d'enfants.

Une modernisation et une harmonisation progressive des dispositifs de réversion semblent envisageables selon une perspective de moyen terme. Un tel mouvement de convergence, pour lequel divers éclairages sont apportés, devrait en tout état de cause impérativement s'inscrire dans le temps et respecter des garanties indispensables : la stabilité des situations acquises, la prévisibilité des évolutions, la progressivité de leur mise en œuvre, l'équité vis-à-vis des différentes catégories de retraité(e)s.

Moderniser la gestion

Même si les dépenses de prestations concentrent les enjeux les plus déterminants en termes d'économies, toutes les catégories de dépenses doivent contribuer dans le contexte préoccupant des comptes sociaux à leur rééquilibrage. La mobilisation active de tous les gains d'efficience possibles dans la gestion apparaît à cet égard indispensable.

Après qu'ont été analysées la réorganisation de la mutualité sociale agricole en 2011, puis l'évolution du réseau du régime social des indépendants l'année dernière, est examiné dans cette perspective l'important mouvement de reconfiguration qu'a connu dans la dernière décennie le régime général.

La départementalisation des CPAM et des CAF et la régionalisation des URSSAF ont constitué une évolution très significative dans un paysage organisationnel jusque-là généralement figé. Les fusions opérées se sont traduites par une diminution de 36 % du nombre des organismes de base, sans rupture de continuité du service ni dégradation significative de sa qualité. Pour autant, les redistributions d'activités et les refontes des modes de gestion comme la restructuration des implantations sont restées encore la plupart du temps limitées. Dans le même temps, la multiplication de mutualisations d'activités entre organismes, portant sur

de multiples champs, n'a dégagé que des gains de productivité modestes. Les disparités de taille et de performance restent de fait considérables.

Les objectifs qui leur sont fixés en termes de restitutions d'emplois et d'économies de gestion imposent ainsi aujourd'hui à chaque branche de définir de nouveaux modèles d'organisation, à même de tirer tout le parti des fusions déjà effectuées et de poursuivre le regroupement des caisses de base qui n'auraient pas la taille critique, en profitant des opportunités que procure l'évolution des processus de production pour engager des mutualisations beaucoup plus fortes à tous les niveaux.

Une gestion plus efficace de la sécurité sociale n'est cependant pas uniquement tributaire de ses propres efforts de réorganisation. S'agissant de l'assurance maladie, elle l'est aussi notamment de la qualité des processus de gestion des établissements de santé dont elle est le principal financeur. La Cour, avec l'appui des chambres régionales des comptes, a examiné plus particulièrement dans cette optique les actions mises en œuvre dans les hôpitaux publics afin d'améliorer la fiabilité de leurs comptes. Au-delà des progrès nécessaires dans la transparence et la sincérité comptable, essentiels pour affiner la maîtrise de la dépense hospitalière, il s'agissait aussi de renforcer l'efficacité des établissements, notamment par l'élaboration d'une cartographie des risques et le développement du contrôle interne et par le réexamen des modalités de leur pilotage médico-économique. Si les comptes de la plupart des établissements soumis pour la première fois à cette obligation au titre de l'exercice 2014 ont été certifiés, les réserves qui les assortissent fréquemment soulignent les progrès qui restent à accomplir.

L'apport des comparaisons internationales : les systèmes de retraites et d'assurance maladie en France et en Allemagne

Comme l'illustrent les différents chapitres de ce rapport, l'efficacité du pilotage financier et l'efficacité des dépenses sont des conditions déterminantes de la soutenabilité de la sécurité sociale.

De manière aussi précise que possible, la Cour éclaire ses constats à cet égard par une approche comparative avec la situation d'autres pays. Elle a cherché pour la première fois à aller plus loin en analysant selon une démarche spécifique les systèmes français et allemands de retraite et d'assurance maladie. Ces derniers reposent en effet sur des principes semblables qui rapprochent leur organisation et leur financement.

Apparentés dans leurs fondements, les systèmes sociaux des deux pays reflètent cependant des conceptions de la protection sociale et des choix propres à chacun. Mais la mise en perspective comparée de résultats financiers très contrastés entre la France et l'Allemagne,

l'analyse des modes d'organisation, de financement et de pilotage différents qui les sous-tendent dans chaque pays et l'examen des réformes entreprises par chacun apparaissent particulièrement riches d'enseignements.

Ainsi, par exemple, les modes de pilotage en vigueur en Allemagne peuvent utilement alimenter la réflexion, en ce qu'ils donnent une priorité affirmée à l'objectif de maintien de l'équilibre financier et déclinent à cet effet une série d'outils d'ajustements à tous les niveaux qui prévient tout risque d'accumulation durable d'une dette sociale. En particulier, la mise en œuvre de mécanismes de responsabilisation des différents acteurs concernés, notamment des prescripteurs et des assurés sociaux en matière d'assurance maladie, apparaît comme l'un des éléments structurants de la protection sociale en Allemagne.

*

* *

Voici précisément soixante-dix ans que la sécurité sociale était créée par une ordonnance du 4 octobre 1945 pour, selon l'exposé des motifs de cette dernière, « débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain (...) qui est la base réelle et profonde de la distinction entre des possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et des travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère ».

Dans une conjoncture économique difficile, son rôle reste plus majeur que jamais. Mais la persistance tenace de ses déficits, le gonflement insidieux de la dette sociale qui en résulte, l'érosion rampante de la protection qu'elle assure remettent en cause chaque année un peu plus sa légitimité et menacent à terme sa pérennité même. Rétablir au plus vite l'équilibre des comptes sociaux est une exigence qui va ainsi bien au-delà d'un enjeu comptable.

Elle ne peut plus passer par la mobilisation sans cesse davantage de ressources supplémentaires. Mettre fin sans tarder à l'engrenage des déficits suppose des mesures structurelles pour rendre la dépense plus efficiente et plus efficace.

Comme le montrent les différents chapitres du présent rapport, des économies importantes sont partout possibles. Loin de remettre en question notre système de protection sociale, elles sont l'occasion de le moderniser en profondeur.

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

PREMIÈRE PARTIE

LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE DES COMPTES SOCIAUX : UNE PERSPECTIVE DIFFÉRÉE

Chapitre I

La situation et les perspectives

**financières de la sécurité sociale : une
réduction limitée des déficits en 2014, un
objectif de retour à l'équilibre reporté**

PRÉSENTATION

Dans ce chapitre, la Cour analyse l'évolution des comptes de la sécurité sociale en 2014 par rapport à 2013 et les prévisions retenues dans les lois de financement initiales de la sécurité sociale pour 2014 et pour 2015, ainsi que l'actualisation des projections que comportait la loi de financement rectificative du 8 août 2014.

En 2014, dans un environnement économique dégradé qui a freiné la progression spontanée des recettes, la croissance toujours soutenue des dépenses n'a pu être neutralisée que par un apport de nouvelles ressources. Les déficits sociaux, tout en restant à des niveaux élevés, ont pu ainsi connaître une diminution limitée, conforme aux prévisions initiales et affectant très inégalement les branches du régime général (I).

Au vu des prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2015, cette réduction limitée des déficits en 2014 connaîtrait un ralentissement marqué en 2015. Les dépenses connaîtraient une progression toujours soutenue en termes réels, tandis que les recettes seraient peu dynamiques, en l'absence, contrairement à 2014, de mesures significatives d'augmentation.

Cette pause dans la diminution des déficits décale désormais le retour à l'équilibre nettement au-delà de 2018 et conduit à différer l'amorce d'une inflexion de la dette sociale, dont la part financée à très court terme par l'ACOSS ne cesse d'augmenter, ce qui au regard des risques de remontée des taux d'intérêt, rend urgent d'organiser rapidement leur reprise par la CADES (II).

I - En 2014, une réduction limitée des déficits qui se maintiennent à des niveaux élevés

Les déficits du régime général et des autres régimes obligatoires de base ont poursuivi en 2014 la réduction entamée au lendemain de la crise financière des années 2008-2009, mais à un rythme lent, comparable à celui de 2013.

Le déficit agrégé du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est inscrit à un niveau très légèrement supérieur (de 0,3 Md€) à l'objectif retenu dans la loi de financement initiale. Cette amélioration a concerné l'ensemble des branches du régime général selon une ampleur variable.

A - Une amélioration modeste des déficits, en ligne avec les objectifs initiaux

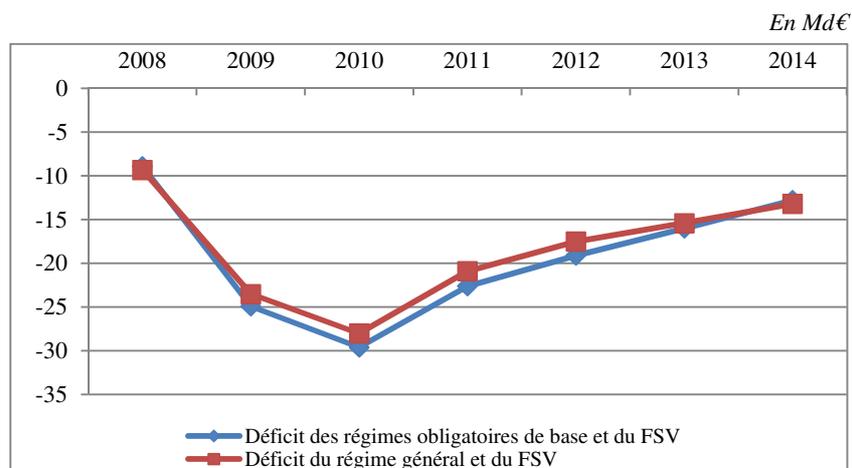
1 - Des déficits toujours importants, une réduction très inégale selon les branches

Le déficit cumulé des régimes obligatoires de base et du FSV s'est établi à -12,8 Md€ en 2014, en réduction de -3,2 Md€ par rapport à 2013.

Le mouvement de baisse observé depuis 2010 (déficit de -29,3 Md€) s'est ainsi poursuivi avec une diminution proche de celle de 2013 (-3,1 Md€), mais inférieure à celle des années précédentes (-3,5 Md€ en 2012 ; -7 Md€ en 2011).

Ce déficit reste supérieur d'environ 4 Md€ à son niveau, déjà très élevé, d'avant la crise.

Graphique n° 1 : évolution des déficits sociaux (2008-2014)



Source : Cour des comptes, Commission, des comptes de la sécurité sociale (CCSS) juin 2015.

Cette amélioration a été permise par le recul de 2,8 Md€ du déficit du régime général, qui s'est inscrit à -9,7 Md€ et par l'excédent de

0,4 Md€ enregistré par les autres régimes obligatoires de base, après un déficit de 0,6 Md€ en 2013².

Tableau n° 1 : évolution des déficits sociaux (2008-2014)

En Md€

	Résultat 2008	Résultat 2009	Résultat 2010	Résultat 2011	Résultat 2012	Résultat 2013	Résultat 2014
Maladie	-4,4	-10,6	-11,6	-8,6	-5,9	-6,8	-6,5
AT-MP	0,2	-0,7	-0,7	-0,2	-0,2	+0,6	+0,7
Famille	-0,3	-1,8	-2,7	-2,6	-2,5	-3,2	-2,7
Vieillesse	-5,6	-7,2	-8,9	-6,0	-4,8	-3,1	-1,2
Régime général	-10,1	-20,3	-23,9	-17,4	-13,3	-12,5	-9,7
FSV	0,8	-3,2	-4,1	-3,4	-4,1	-2,9	-3,5
Vieillesse et FSV	-4,8	-10,4	-13,0	-9,4	-8,9	-6,0	-4,7
Total régime général + FSV	-9,3	-23,5	-28,0	-20,9	-17,5	-15,4	-13,2
Régimes obligatoires de base	-9,7	-21,7	-25,5	-19,2	-15,0	-13,1	-9,3
Régimes obligatoires de base et FSV	-8,9	-24,9	-29,6	-22,6	-19,1	-16,0	-12,8

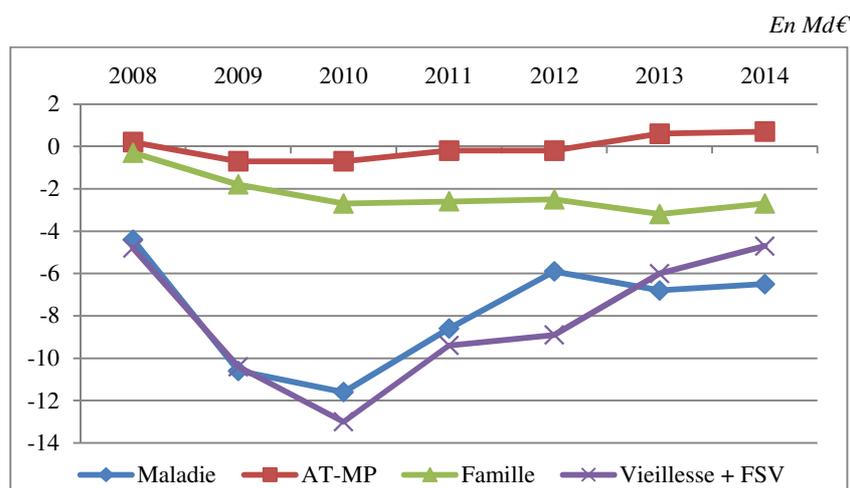
Source : Cour des comptes, CCSS juin 2015.

Contrairement à l'année précédente, marquée par une détérioration des soldes des branches maladie (-0,9 Md€) et famille (-0,7 Md€), toutes les branches du régime général ont connu une amélioration en 2014, quoique d'ampleur très inégale. Les déficits des branches maladie, famille et vieillesse se sont ainsi réduits, respectivement, de 0,3 Md€, 0,5 Md€ et 1,9 Md€ et l'excédent de la branche AT-MP a augmenté de 0,1 Md€.

La contraction marquée du déficit de la branche vieillesse a plus que compensé l'alourdissement du déficit du FSV (passé de -2,9 Md€ à -3,5 Md€ en 2014), permettant une amélioration de 1,3 Md€ du solde agrégé de la branche vieillesse et du FSV. Ce dernier s'inscrit à -4,7 Md€, contre -6,0 Md€ l'année précédente.

2. Cette amélioration est due principalement à la réduction du déficit du régime de retraite des exploitants agricoles (-0,2 Md€, après -0,6 Md€ en 2013), sous l'effet de la baisse des charges de prestations et de la bonne tenue des cotisations et à l'excédent dégagé par la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (de +0,4 Md€, après un déficit de -0,1 Md€ en 2013), sous l'effet notamment de la poursuite de l'augmentation des taux de cotisations.

Graphique n° 2 : déficits des branches du régime général et du FSV (2008-2014)



Source : Cour des comptes, CCSS juin 2015.

2 - Des déficits proches en définitive des prévisions initiales

Les modifications du cadrage macroéconomique pour 2014 introduites dans la loi de finances rectificative de juin 2014 et la loi de finances initiale pour 2015³ ont conduit à dégrader fortement les hypothèses sur lesquelles reposaient les prévisions de déficits sociaux.

La prévision de croissance du PIB pour 2014 est ainsi passée de +1 % en loi de financement initiale et en loi de financement rectificative pour 2014 à +0,4 % dans la loi de financement initiale pour 2015, tandis que la prévision d'inflation pour 2014 passait dans le même temps de +1,2 % à +1,1 %, puis à +0,5 %. La progression attendue de la masse salariale du secteur privé a été revue à la baisse de 0,6 point, passant de +2,2 % en loi de financement et en loi de financement rectificative pour 2014 à +1,6 % en loi de financement pour 2015.

3. Cour des comptes, *Situation et perspectives des finances publiques*, juin 2015, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Tableau n° 2 : variations du PIB et de la masse salariale (2010-2014)

En %

	2010	2011	2012	2013	2014
PIB en valeur	+3,1	+3,0	+1,3	+1,1	+1,3
PIB en volume	+2,0	+2,1	+0,2	+0,3	+0,4
Inflation	+1,5	+2,1	+2,0	+0,9	+0,5
Masse salariale (champ URSSAF)	+2,0	+3,6	+2,1	+1,2	+1,5
<i>Effectifs moyens</i>	-0,2	+1,1	+0,0	-0,6	+0,0
<i>Salaire moyen</i>	+2,2	+2,5	+2,2	+1,8	+1,6

Source : programme de stabilité 2015-2018.

En conséquence, la loi de financement pour 2015 a revu à la hausse le déficit du régime général et du FSV attendu pour 2014, le portant à -15,4 Md€, soit son niveau de 2013. Cette dégradation de 2,1 Md€ par rapport à la prévision de la loi de financement rectificative d'août 2014 a résulté pour l'essentiel d'une réduction de la prévision de recettes du régime général⁴.

Cette réestimation est apparue *a posteriori* surévaluée, puisque le déficit effectif du régime général et du FSV lui a été inférieur de 2,2 Md€⁵. Cet écart s'explique pour plus des deux tiers par l'évolution des recettes, supérieures en définitive de 1,7 Md€ à la dernière prévision.

Les produits tirés des cotisations sociales, du forfait social et de la CSG se sont en particulier montrés plus dynamiques que prévu, à hauteur de respectivement 0,5 Md€, 0,3 Md€ et 0,4 Md€, tandis que le montant de

4. La seule baisse de 0,6 point de la prévision de croissance de la masse salariale privée a réduit de 1,2 Md€ les perspectives de recettes pour le régime général. Le ralentissement du PIB et la faible inflation ont par ailleurs freiné la progression de celles tirées de la quote-part de TVA affectée à la sécurité sociale.

5. Les difficultés des prévisions intégrées aux lois de financement sont réelles (Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, pour 2014*, chapitre VI : les prévisions intégrées aux lois de financement de la sécurité sociale : une fiabilité à renforcer, un suivi à mieux assurer, p. 177-197, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr), mais il était jusqu'à présent peu courant que le déficit effectif se révèle plus proche de la prévision initiale que de celle révisée à la fin de l'exercice.

l'ensemble des remises pharmaceutiques excédait de près de 0,2 Md€ la prévision de fin d'année⁶.

De même, des dépenses légèrement inférieures aux prévisions ont été constatées sur certains postes, à hauteur de 0,5 Md€ pour les prestations sociales, notamment pour l'assurance maladie, de 0,3 Md€ pour les charges de gestion courante et de 0,1 Md€ pour les dépenses d'action sociale.

Cette conjonction d'écarts favorables, tant en recettes qu'en dépenses, explique que le déficit effectif, loin de se dégrader dans les proportions envisagées dans la loi de financement pour 2015, se soit inscrit à un niveau finalement proche de la prévision de la loi de financement initiale pour 2014 comme de la prévision révisée de la loi de financement rectificative d'août 2014.

Le solde des autres régimes de base a également enregistré une évolution plus favorable qu'anticipé : estimé à -0,5 Md€ dans la loi de financement initiale, puis réduit à -0,2 Md€ dans la loi de financement rectificative et à -0,1 Md€ dans la loi de financement pour 2015, il s'est finalement inscrit en excédent à la clôture des comptes, à +0,4 Md€.

Tableau n° 3 : comparaison des déficits de 2014 avec les prévisions

En Md€

	Résultat 2013	LFSS 2014 (1)	LFRSS 2014	CCSS sept. 2014	LFSS 2015 (2)	Résultat 2014 (3)	Écart (3) – (2)	Écart (3) – (1)
Maladie	-6,8	-6,0	-6,1	-7,3	-7,3	-6,5	+0,8	-0,5
AT-MP	+0,6	+0,1	+0,3	+0,2	+0,2	+0,7	+0,5	+0,6
Famille	-3,2	-2,3	-2,8	-2,9	-2,9	-2,7	+0,2	-0,4
Vieillesse	-3,1	-1,2	-1,3	-1,6	-1,6	-1,2	+0,4	-
Régime général	-12,5	-9,5	-9,8	-11,6	-11,7	-9,7	+1,9	-0,3
FSV	-2,9	-3,4	-3,5	-3,6	-3,7	-3,5	+0,2	-0,1
<i>Vieillesse + FSV</i>	-6,0	-4,6	-4,8	-5,2	-6,0	-4,7	+1,3	-0,1
Total régime général et FSV	-15,4	-12,9	-13,3	-15,2	-15,4	-13,2	+2,1	-0,4
Régimes obligatoires de base (ROB)	-13,1	-9,9	-10,1	-11,7	-11,7	-9,3	+2,4	+0,6
ROB et FSV	-16,0	-13,3	-13,6	-15,3	-15,4	-12,8	+2,6	+0,5

Source : LFSS et LFRSS 2014, LFSS 2015, rapport de la CCSS de juin 2015.

6. Sur l'évolution du montant des remises en 2014 par rapport à l'année précédente, voir chapitre III du présent rapport : 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, p. 95-142.

3 - Une composante structurelle du déficit en réduction

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. Comme elle l'avait fait sur l'exercice 2013⁷, la Cour a appliqué la méthodologie utilisée dans l'article liminaire de la loi de financement rectificative⁸ à l'ensemble constitué du régime général et du FSV.

Méthodologie suivie pour l'évaluation du solde structurel

L'approche suivie consiste à calculer le solde conjoncturel, constitué de la perte de recettes liée à l'écart de production, celui-ci étant égal à la différence accumulée entre la croissance effective et la croissance potentielle du PIB. Ce solde conjoncturel est ensuite déduit du solde effectif pour obtenir le solde structurel. 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 0,88⁹.

Selon ces estimations, qui sont à considérer avec une certaine précaution en raison de leur champ restreint, le déficit du régime général et du FSV serait dû en 2014 pour un peu plus de 70 % à la faiblesse de la croissance économique par rapport à son potentiel estimé, la part conjoncturelle du déficit étant de -9,5 Md€ (cf. tableau n° 4 *infra*).

7. Cour des comptes, *Rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre I : la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : une réduction plus ralentie qu'attendue des déficits, une trajectoire de redressement très fragile p.24, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

8. L'hypothèse de croissance potentielle est ici celle du programme de stabilité 2015-2018 d'avril 2015. L'écart de production a été ajusté à la marge (de 3,4 % à 3,3 %) en fonction des données de croissance révisées par l'INSEE depuis la publication du programme de stabilité.

9. 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. Cf. note méthodologique de l'indicateur n°2 du programme de qualité et d'efficacité « financement » en annexe I au PLFSS pour 2014.

Le Haut Conseil des finances publiques s'est cependant interrogé¹⁰ sur la pertinence d'un écart de production durablement creusé se traduisant, dans la prévision du Gouvernement, par une composante conjoncturelle élevée de déficit.

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.

Tableau n° 4 : estimation du solde structurel du régime général et du FSV (2013-2014)

En Md€

	2013 ¹¹	2014
Solde du régime général et du FSV <i>(en point de PIB)</i>	-15,4 <i>(-0,7)</i>	-13,2 <i>(-0,6)</i>
Recettes*	317,0 *	326,0 *
Écart de production	-2,5 %	-3,3 %
Solde conjoncturel	-7,0	-9,5
Solde structurel <i>(en point de PIB)</i>	-8,4 <i>(-0,4)</i>	-3,7 <i>(-0,2)</i>

*Après déduction des transferts et autres produits non sensibles à la conjoncture.

Source : Cour des comptes, programme de stabilité 2015-2018, CCSS juin 2015.

B - Des recettes tirées par des mesures nouvelles, une progression des dépenses plus rapide que celle du PIB

Le déficit du régime général et du FSV a poursuivi sa réduction en 2014 sous l'effet d'une augmentation des recettes (+3 %) plus vigoureuse que celle des dépenses (+2,2 %). L'apport de recettes fiscales supplémentaires a joué un rôle décisif dans l'amélioration des soldes. En effet, bien qu'en décélération depuis deux ans, le rythme de progression des charges nettes est resté très supérieur à ceux du PIB et de la masse salariale des entreprises du secteur privé.

10. Avis n° HCFP-2015-01 du 13 avril 2015 relatif aux prévisions macroéconomiques associées au projet de programme de stabilité pour les années 2015 à 2018, dont la Cour a analysé la portée dans son rapport *La situation et les perspectives des finances publiques*, p. 128 et suivantes, juin 2015, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

11. Le déficit structurel pour 2013 a été recalculé selon les hypothèses de croissance potentielle modifiées par la loi du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019.

1 - Une contribution déterminante des recettes nouvelles à la réduction des déficits

Les recettes du régime général et du FSV¹² ont totalisé 332,8 Md€, en progression de +3 % (contre + 3,6 % en 2013). Leur croissance en 2014 a été deux fois plus rapide que celle de la masse salariale privée (+1,5 %).

Tableau n° 5 : recettes du régime général et du FSV (2012-2014)

En Md€

	2012	Var. en %	2013	Var. en %	2014	Var. en %
Total des produits nets du régime général et du FSV *	311,8	+4,1	322,9	+3,6	332,8	+3,0
Cotisations sociales	182,5	+3,0	188,4	+3,2	192,8	+2,4
Cotisations prises en charge par l'État	2,5	-	2,6	+4,7	2,5	-4,1
CSG nette	74,5	+4,1	75,5	+1,4	76,4	+1,2
Autres contributions sociales	8,2	+55,6	10,7	+31,7	10,9	+2,2
Impôts et taxes	37,6	+2,9	38,0	+1,4	41,4	+8,9
Transferts nets	3,3	+4,9	3,9	+18,1	4,3	+11,4
Autres produits nets	3,3	-	3,8	+13,6	4,4	+15,2

**Total net des transferts entre branches et de contractions de certains produits et charges (voir chapitre II du présent rapport).*

Source : Cour des comptes, à partir des données de la CCSS, juin 2015.

Les cotisations sociales et les produits de CSG dont l'assiette est assise sur les revenus d'activité, ainsi que les contributions sociales, ont progressé moins rapidement en 2014, contrairement aux impôts et taxes affectés.

Ces derniers ont été tirés en particulier par les mesures nouvelles de recettes inscrites dans la loi de financement initiale (cf. tableau n° 6 *infra*), pour compenser notamment l'impact du ralentissement économique anticipé à l'automne 2013. Avec l'effet report en année

12. Les recettes sont constituées des cotisations sociales assises sur les revenus d'activité (58 %), des produits de CSG (23 %), d'autres impôts, taxes et contributions sociales (12 %), des prises en charge de cotisations par l'État ainsi que, s'agissant du régime général (branche vieillesse), des transferts du FSV liés à la prise en charge par ce dernier de cotisations et de prestations.

pleine de mesures antérieures, ces dispositions ont apporté 5,3 Md€¹³ de ressources nouvelles au régime général et au FSV, assurant un peu plus de la moitié de la croissance des recettes observée en 2014 (+9,9 Md€). En leur absence, le déficit du régime général et du FSV ne se serait pas réduit de 2,2 Md€, mais creusé de 3,1 Md€.

Dans ce contexte, la croissance des produits nets a été tirée par la forte augmentation des recettes fiscales (+8,9 %, contre +1,4 % en 2013), qui a apporté un surcroît de ressources par rapport à 2013 de 3,4 Md€ pour le régime général et le FSV.

En particulier, l'affectation à la branche maladie de 3 Md€ de TVA nette supplémentaire¹⁴ (cf. schéma *infra*) a joué un rôle déterminant dans l'évolution des déficits. Elle a permis la compensation par l'État à la branche famille de l'impact de la baisse de 0,15 point du taux de cotisations familiales (1 Md€) d'une part et la rétrocession à cette même branche de la recette fiscale procurée par la réforme du quotient familial (1 Md€), ainsi que la rétrocession à la branche maladie des recettes générées par la fiscalisation des contributions des employeurs aux contrats d'assurance santé complémentaire (1 Md€) d'autre part.

Cette rétrocession du produit de ces deux prélèvements fiscaux supplémentaires a été déterminante pour tenir l'objectif de réduction des déficits fixé par la loi de financement initiale (-2,2 Md€), puisqu'elle a apporté à la sécurité sociale 2 Md€ de ressources additionnelles nettes en 2014.

13. La Cour a recommandé dans le *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014* (p. 57) que soit présentée dans la loi de financement de la sécurité sociale une évaluation *a posteriori* du rendement effectif des mesures nouvelles adoptées l'année précédente.

14. Augmentation de 5,88 % à 7,85 % au 1^{er} janvier 2014 de la fraction affectée au financement de la branche.

Tableau n° 6 : impact des mesures de recettes sur les produits du régime général et du FSV en 2014

En Md€

Mesures antérieures à la LFSS pour 2014	
Augmentation de 0,1 point des cotisations de retraite plafonnées (décret de 2012 sur les carrières longues)	+0,5
Augmentation de la TVA votée en LFR 2013	+0,2
Abattement sur les plus-values immobilières voté en LFR 2013	-0,1
Mesures mises en œuvre en 2014	
Modification des taux de cotisations sociales	
Augmentation de 0,3 point des cotisations de retraite (loi du 20 janvier 2014 sur le système de retraites)	+1,5
Baisse de 0,15 point de cotisations d'allocations familiales	-1,1
Mesures affectant les contributions sociales ou les recettes fiscales	
Création d'une nouvelle taxe sur les boissons énergisantes	-
Suppression de l'application des « taux historiques » sur certains produits d'assurance vie	+0,1
Modification des modalités de transfert des prélèvements sur l' <i>exit-tax</i>	-0,4
Hausse du taux de la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) applicable aux contrats complémentaires santé « non responsables »	+0,1
Contrepartie de la taxation au fil de l'eau des intérêts acquis dans le compartiment euro des contrats d'assurance vie multi-supports (<i>préciput</i>)	-0,2
Contribution des organismes assurant la couverture complémentaire en santé au financement forfaitaire du médecin traitant	+0,1
Transfert de recettes fiscales	
Transfert de TVA nette à la CNAMTS	+3,0
Transferts entre régimes et organismes de sécurité sociale	
Affectation au FSV d'une partie des réserves non affectées de C3S	+1,0
Transfert de 65 % des réserves de la CAMIEG à la CNAMTS	+0,2
Hausse du transfert de CSG de la CNSA à la branche famille et au FSV	+0,1
Affectation à la CNAF des cotisations de la MSA ¹⁵	+0,3
Total	+5,3

Source : Cour des comptes, LFR 2013, LFSS 2014, CCSS juin 2015.

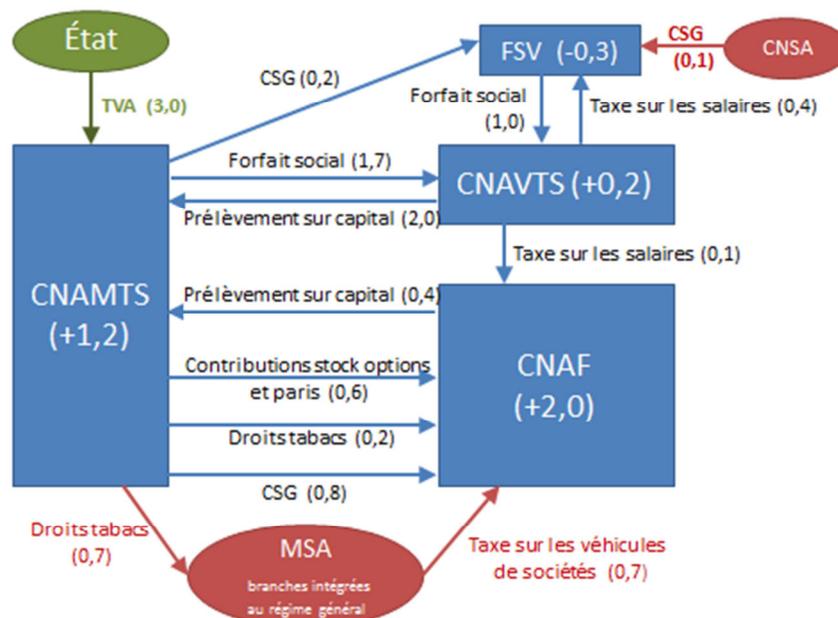
Le schéma qui suit retrace les principaux transferts d'affectation d'impôts et de CSG ayant affecté les branches du régime général et le FSV en 2014, en particulier les 3 Md€ de TVA nette supplémentaire affectés à la branche maladie¹⁶.

15. Dans le même temps, les charges de la branche famille sont augmentées des prestations extra-légales et des charges de gestion administrative relatives aux prestations familiales servies par la Mutualité sociale agricole.

16. Le schéma n'intègre pas le versement au FSV de 1 Md€ de reliquats de contribution sociale de solidarité (C3S), non affectés à la couverture des déficits du régime social des indépendants.

Schéma° 1 : principaux transferts d'affectation d'impôts et de CSG ayant affecté les branches du régime général et le FSV en 2014

En Md€



Source : Cour des comptes.

Contrairement aux impôts et taxes affectés en forte progression, les cotisations sociales, principale composante des recettes, ont enregistré une hausse de +2,4 % en 2014, moindre que celle de l'année précédente (+3,2 %) mais supérieure à celle de la masse salariale privée, dont l'évolution des cotisations dépend directement. Les cotisations de la branche vieillesse ont en particulier été tirées par des hausses de taux¹⁷. En sens contraire, l'impact de la baisse de 0,15 point du taux de cotisations familiales inscrite dans la loi de financement initiale pour 2014 a été de -1,1 Md€.

Les produits de CSG attribués au régime général et au FSV (76,4 Md€) n'ont progressé que de +1,2 % en 2014. Ils ont bénéficié du dynamisme de la CSG sur les revenus de remplacement (+4,5 %) et de la

17. Mises en place par le décret du 2 juillet 2012, la loi de financement pour 2014 et la loi du 20 janvier 2014 sur la justice et la sauvegarde du système de retraites. Cf. tableau n° 6 *supra*.

progression plus modérée de celle sur les revenus d'activité (+ 1,6 %), qui assurent ensemble près de 90 % de cette contribution¹⁸.

Les contributions sociales ont apporté au régime général et au FSV des ressources en hausse par rapport à 2013 (+2,2 %).

2 - Une progression des dépenses moins rapide qu'en 2013, mais encore nettement supérieure à celle du PIB

Les charges nettes du régime général ont atteint 343,8 Md€ en 2014, en hausse de +2,2 % par rapport à 2013. Si leur décélération s'accroît (+2,7 % en 2013 et +2,9 % en 2012), elles ont continué à augmenter à un rythme nettement plus soutenu que la croissance du PIB et que celle de la masse salariale (respectivement +1,3 et +1,5 %).

Tableau n° 7 : dépenses du régime général (2012-2014)

En Md€

	2012	2013	Var. en %	2014	Var. en %
Charges nettes du régime général*	327,5	336,4	+2,7	343,8	+2,2
<i>dont prestations légales</i>	294,4	302,8	+2,9	310,2	+2,4
<i>dont prestations extralégales</i>	4,7	4,7	-	5,0	+8,2
<i>dont transferts</i>	12,6	12,9	+2,0	12,5	-2,7
<i>dont charges de gestion courante</i>	10,8	10,9	+1,1	10,9	-
Charges nettes des branches					
<i>Maladie</i>	160,9	164,8	+2,4	168,4	+2,2
<i>AT-MP</i>	11,7	11,3	-3,1	11,7	+2,8
<i>Famille</i>	56,3	57,8	+2,8	59,0	+2,1
<i>Vieillesse</i>	110,2	114,6	+3,9	116,8	+2,0

*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 (voir chapitre II du présent rapport).

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2015.

Leur évolution s'explique pour l'essentiel par la progression des dépenses de la branche maladie (+2,2 % en 2014, après +2,4 % en 2013) et de la branche vieillesse (+2 %, après +3,9 %), ces deux branches étant à l'origine de 80 % des dépenses du régime général¹⁹.

18. Ont pesé en sens inverse la baisse des produits de la CSG sur les revenus du patrimoine (-5,9 %) et de la CSG sur les produits de placement (-2,3 %).

19. La part est de 47 % pour la branche maladie, de 33 % pour la branche vieillesse, de 17 % pour la branche famille et de 3 % pour la branche AT-MP.

Les prestations légales constituent la principale composante des dépenses nettes du régime général²⁰. Elles ont progressé de +2,4 % en 2014, soit moins rapidement qu'en 2013 (+2,9 %), mais plus fortement que l'ensemble des dépenses (+2,2 %). A joué en ce sens le dynamisme des prestations sociales versées par la branche maladie (+2,8 %²¹, contre +2,5 % l'exercice précédent) et, dans une moindre mesure, par la branche vieillesse (+2,5 %, après +4,0 % en 2013).

Les dépenses de l'ONDAM²², inférieures de 1,2 Md€ à l'objectif initial et de 0,4 Md€ à celui révisé en loi de financement rectificative puis par la loi de financement pour 2015, ont été supérieures de 4,2 Md€ à leur niveau de 2013, leur progression respectant le taux de croissance de +2,4 % fixé pour l'ONDAM 2014.

C - Des résultats très contrastés entre les branches du régime général comme avec le FSV

1 - Branche maladie : un déficit à peine réduit et toujours élevé, une part croissante dans le déficit du régime général et du FSV

Le déficit de la branche maladie s'est établi à -6,5 Md€ en 2014, en baisse de 0,3 Md€ seulement par rapport à 2013, alors que la loi de financement initiale visait une réduction de 0,8 Md€. S'il représente une part des charges nettes de la branche en léger recul (3,9 %, après 4,1 % en 2013), sa contribution au déficit total du régime général et du FSV s'est accrue en 2014 pour la seconde année consécutive, pour atteindre près de la moitié de ce dernier (49,2 %).

Les charges ont crû de +2,2 % (soit +3,7 Md€), contre +2,4 % l'année précédente, soit une progression moins soutenue que celle des produits (+2,5 %). La forte hausse des prestations sociales (2,8 %, soit +4,3 Md€), qui comptent pour 94 % dans les charges de la branche, y a directement contribué.

20. Elles en ont représenté 91,6 % en 2014, les transferts entre organismes et les charges de gestion courante ne comptant que pour 3,8 % et 3,2 %, respectivement.

21. L'écart avec le taux de progression de l'ONDAM (+2,4 %) est lié à la prise en compte des remises conventionnelles sur les médicaments en moindres dépenses dans le cadre du suivi de l'ONDAM, alors qu'elles constituent des recettes sur un plan comptable.

22. La Cour analyse en détail l'évolution de l'ONDAM dans le chapitre III du présent rapport, p. 95-142.

Cette progression a été tirée par les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM (+2,8 %, contre +2,4 % en 2013), du fait en particulier d'une vive progression des soins de ville (+3,9 %).

Les dépenses hors ONDAM ont également sensiblement augmenté (+2,4 %, contre cependant +3,3 % l'année précédente)²³, mais elles n'ont, en raison de leur part réduite dans les dépenses, contribué qu'à hauteur de 0,3 Md€ à la hausse de 4,3 Md€ au total des prestations servies par la branche.

Tableau n° 8 : formation du résultat 2014 de la branche maladie

En Md€

	2013	Variation en %	2014	Variation en montant	Variation en %
Charges nettes					
<i>dont</i>	164,7	+2,4	168,4	+ 3,7	+ 2,2
Prestations sociales	154,0	+2,5	158,3	+ 4,3	+ 2,8
<i>dont prestations dans le champ de l'ONDAM</i>	143,4	+2,4	147,5	+ 4,1	+ 2,8
<i>dont prestations hors ONDAM</i>	10,7	+3,3	10,9	+ 0,3	+ 2,4
Transferts	4,6	+1,5	4,1	-0,5	-11,1
Charges de gestion courante	6,0	1,8	5,8	- 0,2	-3,3
Produits nets					
<i>dont</i>	158,0	+1,9	161,9	+ 3,9	+ 2,5
Cotisations sociales nettes	74,0	+2,0	75,4	+ 1,4	+ 1,8
Cotisations prises en charge par l'État	1,1	+3,6	1,0	-0,1	-5,4
CSG nette	55,4	+0,7	54,9	- 0,5	-0,9
Impôts, taxes et autres contributions sociales	21,7	+1,2	24,2	+ 2,5	+ 11,4
Transferts	3,0	+13,1	3,1	+1,0	+ 4,2
Autre produits techniques ²⁴	2,4	+25,8	2,8	+ 0,4	+16,7
Résultat net	-6,8		-6,5	+ 0,3	

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2015.

Les produits, en progression de 2,5 % (soit +3,9 Md€), ont été soutenus par la croissance des remises conventionnelles versées par les fabricants de médicaments (+0,6 Md€) en lien avec les nouveaux

23. Ont joué en ce sens, en particulier, la croissance des prestations d'invalidité (+5,3 %) et celle des soins aux étrangers (+7,4 %).

24. Cette augmentation des autres produits techniques intègre, en particulier, 0,6 Md€ de remises conventionnelles sur les médicaments supplémentaires par rapport à 2013.

traitements contre l'hépatite C²⁵ et par des recettes fiscales apportées par la loi de financement pour 2014.

L'affectation à la branche maladie de 3 Md€ de TVA nette s'est accompagnée du transfert à la branche famille de la contribution sur les jeux et paris, du prélèvement sur les stock-options et d'une fraction de CSG. Les recettes apportées par la taxe sur les tabacs ont enregistré un recul de 0,9 Md€²⁶, tandis que les produits de CSG s'inscrivaient, en raison de la réduction de la part affectée à la branche, en retrait de 0,5 Md€ (-0,9 %) par rapport à l'année précédente. Enfin, le transfert des recettes du forfait social à la branche vieillesse et au FSV a été compensé par l'attribution d'une fraction du prélèvement social sur les revenus du capital.

2 - Branche AT-MP : un excédent conforté malgré l'alourdissement de charges de transferts

La branche AT-MP est demeurée excédentaire en 2014, affichant un solde de +0,7 Md€ (après +0,6 Md€ en 2013).

25. Sur l'évolution du montant des remises en 2014 par rapport à l'année précédente, voir dans le présent rapport 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, p. 95-142.

26. Part affectée à la branche passée de 68,14 % à 60 %, au bénéfice de la mutualité sociale agricole (MSA).

Tableau n° 9 : formation du résultat 2014 de la branche AT-MP

En Md€

	2013	Variation en %	2014	Variation en montant	Variation en %
Charges nettes	11,3	-3,1	11,6	+0,3	+2,8
<i>dont</i>					
Prestations sociales	8,7	-11,4	8,7	-	-
<i>dont prestations légales</i>	7,9	-	8,0	+0,1	+1,7
<i>dont autres prestations</i>	0,7	-0,1	0,7	-	-
Transferts	1,7	-12,5	2,0	+0,3	+17,5
<i>dont transferts entre organismes</i>	1,6	-0,1	1,6	-	-
Autre charges nettes	0,9	-	0,9	-	-
Produits nets	12,0	+3,9	12,3	+0,3	+3,1
<i>dont</i>					
Cotisations sociales nettes	11,5	+5,0	11,9	+0,4	+3,8
Contributions, impôts et taxes	0,1	-62,3	0,1	-	-
Autres produits nets	0,3	-	0,3	-	-
Résultat net	+0,6		+0,7		

Note de lecture : les arrondis de montant peu élevés peuvent expliquer des écarts dans le calcul des soldes.

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2015.

L'évolution du résultat a été plus positive qu'anticipé²⁷, les cotisations ayant été en définitive supérieures de 0,3 Md€ à l'estimation initiale (et de 0,2 Md€ à la prévision révisée en loi de financement pour 2015) et les prestations inférieures de près de 0,3 Md€ à celle inscrite dans la loi de financement initiale (et de 0,2 Md€ à la dernière prévision).

Les produits nets ont à nouveau augmenté en 2014 à un rythme soutenu (+3,1 %, après +3,9 % en 2013), tirés principalement par le dynamisme des cotisations sociales nettes (+3,8 %, contre +5 % en 2013). Les charges nettes ont connu un vif rebond (+2,8 % après la baisse de -3,1 % enregistrée en 2013) du fait de l'augmentation de 0,3 Md€ de la contribution de la branche au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante²⁸ et d'une hausse de 0,1 Md€ des prestations d'incapacité temporaire.

27. Le résultat prévisionnel pour 2014 avait été fixé à l'origine à +0,1 Md€, puis rehaussé à +0,3 Md€ dans la loi de financement rectificative d'août 2014, avant d'être ramené à +0,2 Md€ dans la loi de financement pour 2015.

28. La baisse de la contribution en 2013 constituait une mesure ponctuelle, rendue possible par la réalisation par le FIVA d'excédents au cours des exercices antérieurs.

3 - Branche famille : un déficit toujours proche de 3 Md€ malgré une légère amélioration

Le déficit de la branche famille s'est inscrit à -2,7 Md€ en 2014, en diminution de 0,5 Md€ par rapport à 2013. Il représente une part en recul des charges nettes de la branche (4,6 % contre 5,5 % en 2013).

La croissance des charges nettes de la branche s'est ralentie à 2,1 %, après 2,7 % en 2013, sous l'effet essentiellement de la décélération des prestations légales (+0,8 % en 2014 au lieu de +2,4 % en 2013) permise par la faible revalorisation de la base mensuelle de calcul des allocations familiales²⁹ et par la progression modérée des allocations logement.

Les transferts de charges, principalement à la CNAVTS pour l'assurance vieillesse des parents au foyer et au titre des majorations de pensions pour enfants, ont progressé moins rapidement qu'en 2013.

Les prestations extra-légales d'action sociale et les charges de gestion courante ont été tirées par l'intégration dans les comptes de la branche des prestations extra-légales et des charges de gestion courantes de la mutualité sociale agricole. Après neutralisation de cette intégration, l'augmentation des charges nettes de la branche n'a été que de 1,5 % en 2014.

Les produits ont progressé deux fois plus rapidement qu'en 2013 (+3,2 %, au lieu de +1,5 %) grâce à l'apport d'une fraction de CSG auparavant affectée à la branche maladie³⁰ et à celui de recettes fiscales et contributions sociales affectées précédemment à d'autres régimes³¹.

Ces mouvements ont permis de rattraper à la branche le gain fiscal attendu de la réforme du quotient familial, pour près de 1 Md€ et de compenser la réduction de 0,15 point du taux de cotisations familiales

29. En pourcentage de laquelle sont fixées les prestations familiales.

30. L'attribution à la branche famille de 0,05 point de CSG supplémentaire a porté à 11,8 % (au lieu de 10,8 %) la part de produit qui lui est affectée, générant environ 0,8 Md€ de produits additionnels en 2014.

31. Dont l'affectation intégrale du produit de la taxe sur les véhicules de sociétés, des prélèvements sur les stock-options et des contributions sur les jeux et paris, pour un montant total de 1,4 Md€.

intervenue en 2014³², à l'origine d'un recul de 0,2 % des cotisations sociales nettes.

Tableau n° 10 : formation du résultat 2014 de la branche famille

En Md€

	2013	Variation en %	2014	Variation en montant	Variation en %
Charges nettes	57,8	+2,8	59,0	+1,2	+2,1
<i>dont</i>					
Prestations légales	36,6	+2,4	36,8	+0,2	+0,8
Prestations extra-légales	4,2	-	4,7	+0,5	+10,6
Transferts	9,8	+4,8	10,0	+0,2	+1,3
Autres charges	2,8	+3,7	2,9	+0,1	+6,7
<i>dont charges de gestion courante</i>	2,8	-	2,9	+0,1	+6,7
Produits nets	54,6	+1,5	56,3	+1,7	+3,2
<i>dont</i>					
Cotisations sociales nettes	35,0	+1,2	34,9	-0,1	-0,2
CSG nette	9,8	+0,8	10,8	+1,0	+10,4
Impôts, taxes et contributions sociales	8,4	+3,6	9,2	+0,8	+9,5
<i>dont taxe sur les salaires</i>	3,6	+24,1	3,6	-	-
<i>dont taxe spéciale sur les contrats</i>	2,1	-	2,2	+0,1	+4,0
<i>dont prélèvement de l'art. 22 LFI 2011</i>	1,3		1,1	-0,2	-14,2
Résultat net	-3,2		-2,7	+0,5	

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2015.

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

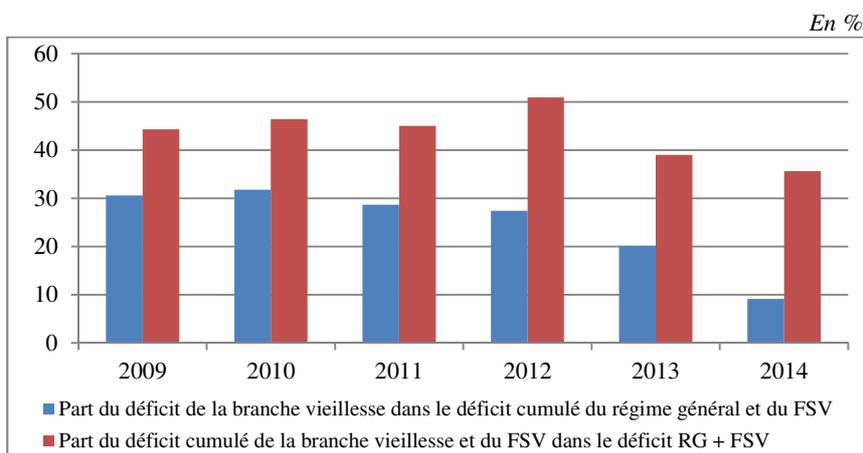
La branche vieillesse a contribué plus fortement que les autres branches à la réduction du déficit du régime général en 2014. Après un recul de 0,7 Md€ en 2013, son déficit s'est en effet contracté de 1,9 Md€ pour s'établir à -1,2 Md€, son niveau le plus bas depuis dix ans.

Conforme à l'objectif retenu par la loi de financement initiale pour 2014 et inférieur de 0,4 Md€ à la prévision révisée en fin d'année, il ne représente plus que 1 % des charges nettes de la branche, contre 2,7 % en 2013.

Sa part dans le déficit du régime général et du FSV s'est, à l'inverse de celle de la branche maladie, très fortement réduite depuis trois ans. Le constat est identique si l'on agrège le déficit de la branche et celui du FSV, comme le montre le graphique suivant.

32. Cette réduction neutralise pour les entreprises l'augmentation (+0,15 point) des cotisations patronales vieillesse inscrite dans la réforme des retraites de janvier 2014.

Graphique n° 3 : contribution du déficit de la branche vieillesse et du FSV au déficit cumulé du régime général et du FSV (2009-2014)



Source : Cour des comptes.

La baisse du déficit résulte de la poursuite d'un rythme de progression des produits près de deux fois supérieur à celui des charges, dans un contexte marqué par le très net ralentissement de ces dernières³³.

Les prestations sociales nettes, qui représentent 93 % des charges, ont augmenté de +2,4 %, contre +3,9 % en 2013. Cette moindre progression est due principalement à l'absence de revalorisation des pensions en 2014, après une revalorisation de +1,3 % en 2013. Dans une moindre mesure, elle s'explique aussi par une dynamique des départs en retraite favorable en 2014 (-4 %), à la suite du recul de l'âge légal introduit en 2010. La baisse des transferts de compensation généralisée vieillesse a également contribué à freiner les charges de la branche.

33. Les produits ont crû de 3,8 % et les charges de 2 %, après +5,7 % et +3,9 % en 2013.

Tableau n° 11 : formation du résultat 2014 de la branche vieillesse

En Md€

	2013	Variation en %	2014	Variation en montant	Variation en %
Charges nettes	114,6	+3,9	116,8	+2,2	+2,0
<i>Dont</i>					
Prestations légales	105,6	+4,0	108,2	+2,6	+2,5
Prestations extralégales	0,3	-19,0	0,34	-	-
Transferts entre organismes	7,1	+4,7	6,8	-0,3	-3,8
Autres charges nettes	1,5	+3,5	1,4	-0,1	-5,3
Produits nets	111,4	+5,7	115,6	+4,2	+3,8
<i>Dont</i>					
Cotisations sociales	69,5	+5,4	72,3	+2,8	+4,0
Impôts et taxes	7,6	-14,0	7,1	-0,5	-6,7
Contributions sociales	4,6	+98,2	5,5	+0,9	+18,9
<i>dont forfait social</i>	1,0	+	3,9	+2,9	+
<i>dont prélèvements sur les revenus du capital</i>	3,3	+	1,4	-1,9	-
Transferts	28,5	+5,1	29,6	+1,1	+4,0
Résultat net	-3,1		-1,2	+1,9	

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2015.

Plus de la moitié de la hausse des produits en 2014 (2,8 Md€ sur 4,2 Md€) est imputable au dynamisme des cotisations sociales (+4 %) résultant des hausses de taux introduites par la réforme des retraites³⁴ (cf. tableau n° 6 *supra*). Les prises en charge de cotisations et de prestations par le FSV et l'amélioration de la situation financière du régime des salariés agricoles ont contribué à la progression marquée (+4 %, soit +1,2 Md€) des produits de transferts.

À l'inverse, les contributions, impôts et taxes nets affectés à la branche ont enregistré une forte décélération (+3 %, contre +9,4 % l'année précédente). Contrairement à 2013, aucune mesure nouvelle significative n'est intervenue, mais des réaffectations entre branches ont été opérées : la fraction du forfait social affectée à la CNAVTS a été augmentée (+2,7 Md€), en contrepartie de la diminution de la part de la taxe sur les salaires et de la fraction de prélèvement social sur les revenus du capital lui revenant³⁵.

34. Décret du 2 juillet 2012 sur les carrières longues (+0,1 point) et loi du 20 janvier 2014 sur le système de retraites (+0,3 point).

35. La fraction de la taxe sur les salaires est passée de 56,8 % à 53,5 % (-0,4 Md€) et celle du prélèvement social sur les revenus du capital de 2,75 % à 1,15 % (-1,9 Md€).

5 - Le Fonds de solidarité vieillesse : une aggravation préoccupante du déficit

Le déficit du FSV s'est creusé de 0,6 Md€ en 2014, passant de -2,9 Md€ à -3,5 Md€, soit un niveau supérieur de 0,1 Md€ à la prévision de la loi de financement initiale. Il représente désormais 17 % de ses charges nettes, contre 14,7 % en 2013 et sa part dans le déficit cumulé du régime général et du FSV a augmenté très fortement en 2014 (28,5 %, contre 18,8 % en 2013).

La croissance toujours élevée des charges nettes (+4,8 %, après +4,5 % en 2013) contraste avec un freinage brutal des produits (+1,9 %, contre +14,5 % l'année précédente), qui illustre l'évolution heurtée caractérisant les recettes du FSV depuis plusieurs années.

Le dynamisme des charges résulte principalement de la hausse des prises en charge de cotisations au titre des périodes de chômage (+5,7 %), sous l'effet de la hausse du nombre de chômeurs et de l'incidence de l'augmentation des taux de cotisation vieillesse sur le calcul des prises en charge. Il s'explique aussi par la progression des prises en charge de prestations (+3,3 %), sous l'effet principalement du versement d'une prime exceptionnelle de 40 € aux retraités percevant une pension inférieure à 1 200 € mensuels (232 M€).

La refonte de la répartition des contributions sociales et des recettes fiscales entre organismes de sécurité sociale engagée par la loi de financement pour 2013 a permis l'augmentation des impôts et taxes affectés (+0,9 Md€³⁶) et de la CSG nette (+0,4 Md€)³⁷ affectés au FSV, en partie compensée par une réduction de contributions sociales de -0,9 Md€, sous l'effet notamment du transfert à la branche vieillesse d'une fraction du forfait social jusqu'alors affectée au FSV.

36. Près de 0,4 Md€ de ce surcroît de recettes ont été procurés par la taxe sur les salaires et 0,5 Md€ par les produits tirés de la C3S. Ces derniers ont augmenté en 2014 du fait de l'attribution au FSV de la majeure partie du reliquat de C3S recouvré par le RSI au titre des exercices antérieurs à 2011.

37. Le FSV a bénéficié en 2014 d'une hausse de 0,06 point de la part de CSG qui lui est affectée, prélevée sur la part affectée à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Il reçoit 11,9 % des produits de CSG et le régime général 71,6 % (branches famille et maladie), le solde étant attribué à la CADES et à la CNSA.

Tableau n° 12 : formation du résultat 2014 du FSV

En Md€

	2013	Variation en %	2014	Variation en montant	Variation en %
Charges nettes	19,7	+4,5	20,6	+0,9	+4,8
<i>dont</i>					
Transferts en faveur des régimes de base	19,3	+4,4	20,2	+0,9	+4,8
<i>dont prises en charge de cotisations</i>	12,2	+7,1	12,9	+0,7	+5,7
<i>dont prises en charge de prestations</i>	7,1	-	7,3	+0,2	+3,3
Transferts en faveur des régimes complémentaires	0,3	+16,2	0,3	-	-
Produits nets	16,8	+14,5	17,2	+0,4	+1,9
<i>dont</i>					
CSG nette	10,6	+5,3	11,0	+0,4	+3,5
Contributions sociales	2,1	+61,5	1,2	-0,9	-42,2
<i>dont forfait social</i>	1,7	+88,0	1,0	-42,4	
Impôts et taxes	4,1	+24,9	5,0	+0,9	+20,2
<i>dont taxe sur les salaires</i>	2,1	+4,7	2,5	+0,4	+17,8
<i>dont contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)</i>	1,0	+0,6	1,5	+0,5	+50,0
Résultat net	-2,9		-3,5	+0,6	

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2015.

*

* *

La réduction des déficits sociaux s'est ainsi poursuivie à un rythme modéré en 2014. Cependant, le niveau élevé auquel se sont maintenus les déficits a continué à alimenter la dette sociale et s'inscrit désormais dans une trajectoire de redressement des comptes sociaux dégradée.

II - Un retour à l'équilibre désormais repoussé au-delà de 2018

La loi de financement rectificative de la sécurité sociale d'août 2014 affichait une ambition de rétablissement de l'équilibre des comptes à l'issue d'une période de trois ans. Selon cette trajectoire, le déficit du régime général et du FSV devait baisser de plus de 4,4 Md€ dès 2015 et le retour à l'équilibre était prévu en 2017.

La Cour, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014³⁸, avait souligné le caractère volontariste de ces prévisions et estimé qu'elles étaient soumises à de nombreux aléas.

Elles ont été de fait très sensiblement révisées dès la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Alors que le scénario dessiné par la loi de financement rectificative d'août 2014 prévoyait un retour à l'équilibre du régime général et du FSV en 2017, les prévisions actualisées par la loi de financement pour 2015 font perdurer un déficit au moins jusqu'en 2018.

A - En 2015, un ralentissement marqué du rythme de réduction des déficits

Les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale publiées en juin 2015 indiquent un ralentissement marqué du rythme de réduction des déficits en 2015. L'amélioration du solde des branches famille et vieillesse serait compensée par la dégradation de ceux de la branche maladie et du FSV et par un excédent moins élevé que prévu de la branche AT-MP.

Tableau n° 13 : soldes du régime général et du FSV

En Md€

	2014	2015			
		LFSS août 2014	LFSS 2015	Prév. juin 2015	Variation prév. 2015 /2014
Maladie	-6,5	-4,9	-6,9	-7,2	-0,6
AT-MP	+0,7	+0,7	+0,2	+0,5	-0,2
Famille	-2,7	-2,2	-2,3	-2,0	+0,7
Vieillesse	-1,2	-0,8	-1,5	-0,8	+0,4
Régime général*	-9,7	-7,1	-10,5	-9,5	+0,2
FSV	-3,5	-1,8	-2,9	-3,6	-0,1
<i>Vieillesse + FSV</i>	<i>-4,6</i>	<i>-2,6</i>	<i>-4,4</i>	<i>-4,4</i>	<i>+0,3</i>
Régime général et FSV	-13,2	-8,9	-13,4	-13,0	+0,1

*Le total peut être différent de l'agrégation des montants détaillés par branche du fait des opérations réciproques et notamment des transferts.

Source : Cour des comptes, états financiers, LFRSS août 2014, LFSS 2015, CCSS juin 2015.

38. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre I : la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale, p.18-57, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

1 - Des recettes contraintes par la faible progression de la masse salariale, des mesures nouvelles plus faibles que précédemment

Les recettes du régime général et du FSV augmenteraient de +1,3 % en 2015 d'après les prévisions de la commission des comptes de juin 2015. Ces dernières ont été légèrement revues à la hausse pour le régime général par rapport à la loi de financement pour 2015 pour le régime général, en particulier pour la branche vieillesse³⁹, sans impact sur le solde de l'ensemble constitué du régime général et du FSV.

Tableau n° 14 : prévisions de recettes par branche du régime général et du FSV pour 2015

En Md€

	2014	LFSS 2015	Prév. juin 2015	Variation en montant	Variation en %
Maladie	161,9	166,7	166,7	+4,8	3,0 %
AT-MP	12,3	12,3	12,4	-	0,4 %
Famille ⁴⁰	56,3	52,4	52,4	-4,0	-7,0 %
Vieillesse	115,6	119,4	119,9	+4,3	3,7 %
Régime général (hors transferts entre branches)	334,1	338,1	338,9	+4,8	1,4 %
FSV	17,2	16,6	16,5	-0,6	-3,7 %
Régime général et FSV (net des consolidations et transferts entre branches)*	332,8	nc	337,2	+4,4	1,3 %

*Le total peut être différent de l'agrégation des montants détaillés par branche du fait des opérations réciproques et notamment des transferts.

Source : Cour des comptes, LFSS 2015, CCSS juin 2015.

Les moindres recettes par rapport aux prévisions de la loi de financement rectificative d'août 2014 atteignent 6,8 Md€. Cet écart est dû principalement à la forte révision à la baisse des prévisions de progression de la masse salariale. Prévue initialement à +2,2 % en 2014 et à +3,5 % en 2015 dans la loi de financement rectificative, sa progression a été revue à +1,6 % en 2014 et à +2 % en 2015 dans la loi de financement pour 2015 et à nouveau révisée dans le programme de stabilité d'avril 2015 à +1,4 % et à +1,3 % respectivement pour les deux années 2014 et 2015.

39. En raison de transferts plus importants du FSV au titre de la prise en charge de cotisations (chômeurs, stagiaires de la formation professionnelle et apprentis).

40. La baisse des recettes de la branche famille en 2015 est liée à la mise en œuvre du pacte de responsabilité et compensée par des allègements de dépenses (cf. *infra*).

Cet écart de 3 % au total sur deux ans entre les prévisions de la loi de financement rectificative pour 2014 et celles du programme de stabilité est dû à parts égales à une révision à la baisse des prévisions de croissance en volume et à une prévision d'inflation plus faible.

Tableau n° 15 : prévision de croissance du PIB et de la masse salariale du secteur privé en 2015

En %

	LFRSS août 2014		Programme de stabilité 2015	
	2014	2015	2014	2015
Croissance du PIB en valeur	+2,2	+3,2	+1,3	+2,0
Croissance du PIB en volume	+1,0	+1,7	+0,4	+1,0
Inflation	+1,1	+1,5	+0,5	+0,0
Augmentation de la masse salariale du secteur privé	+2,2	+3,5	+1,4	+1,3

Source : LFRSS août 2014, programme de stabilité 2015.

a) Des pertes de recettes liées au pacte de responsabilité compensées à la fois par de nouvelles recettes et par des allègements de dépenses

Les mesures d'allègement des prélèvements sociaux au titre du pacte de responsabilité et de solidarité ont été fixées par la loi de financement rectificative pour 2014. Celle-ci a prévu qu'elles soient intégralement compensées pour les régimes de sécurité sociale.

Mesures d'allègement des prélèvements sociaux décidées pour 2015 dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité

Les principales mesures du pacte de responsabilité mises en œuvre au 1^{er} janvier 2015 sur le périmètre de l'ensemble du régime général et du FSV sont les suivantes :

- une exonération complète au niveau du SMIC et dégressive jusqu'à 1,6 SMIC des cotisations patronales de sécurité sociale (dans la limite d'un point pour les cotisations d'accidents du travail - maladies professionnelles), pour 0,3 Md€ ;
 - une baisse de 1,8 point des cotisations d'allocations familiales pour les salaires inférieurs à 1,6 SMIC et une exonération de 3,1 points de cotisations famille pour les travailleurs indépendants dont les revenus sont inférieurs à 140 % du plafond de la sécurité sociale, pour 4,7 Md€ ;
 - la suppression de la C3S pour les PME, pour 1 Md€, cette dernière mesure étant accompagnée de l'intégration financière du régime social des indépendants au régime général ;
- soit un montant total de 6 Md€.

Les modalités de la compensation du coût de ces mesures pour les régimes de sécurité sociale ont été définies par la loi de financement et la

loi de finances pour 2015. Elles ont été dimensionnées pour couvrir à la fois le coût des mesures d'allègement des prélèvements sociaux au titre du pacte de responsabilité (6 Md€), les dépenses supplémentaires induites par l'intégration financière du régime sociale des indépendants (RSI) au régime général (2,5 Md€) et la mise en œuvre de l'engagement pris par les pouvoirs publics de transférer au FSV le produit du gain attendu par l'État de la fiscalisation en 2015 des majorations de pensions pour enfants (1,2 Md€), soit au total 9,6 Md€.

Modalités de compensation des mesures arrêtées par les pouvoirs publics

Ces modalités sont les suivantes :

- transfert à l'État de la fraction des aides personnelles au logement jusqu'ici financée par la branche famille ; cette mesure réduirait les dépenses de la branche famille de 4,8 Md€ en 2015 ;

- prélèvement à la source des cotisations sur les caisses de congés payés, soit +1,5 Md€ ;

- affectation à la CNAMTS du prélèvement de solidarité sur les revenus du capital, soit +2,4 Md€ ;

- compensation par dotation budgétaire des exonérations sur les heures supplémentaires, soit +0,4 Md€ ;

- baisse de 1,04 point de la part de TVA nette attribuée à la CNAMTS, soit -1,5 Md€ ;

- modification de la répartition des droits sur les tabacs, soit -0,3 Md€ ;

- affectation d'une fraction de C3S à la CNAMTS et à la CNAVTS pour financer l'intégration du RSI, soit +2,5 Md€ ;

- prise en charge par la CNAMTS de la formation médicale des médecins, soit -0,1 Md€ ;

soit 9,6 Md€ au total (aux arrondis près).

b) Une augmentation spontanée des recettes qui resterait faible, des mesures nouvelles en recettes très inférieures à celles de 2014

Les mesures nouvelles de l'année 2015, dont la plus grande part est liée à la première année de mise en œuvre du pacte de responsabilité et de solidarité, auraient un impact net limité sur le montant des recettes du régime général et du FSV. Ainsi, à la différence de 2014, le régime général et le FSV ne bénéficient pas de ressources supplémentaires.

Tableau n° 16 : impact des mesures de recettes sur les produits du régime général et du FSV en 2015

En Md€

<i>Allègements de cotisations et contributions au titre du pacte de responsabilité</i>	-6,0
Exonérations de cotisations patronales sur les bas salaires	-0,3
Baisse des cotisations d'allocations familiales	-3,7
Baisse des cotisations famille des travailleurs indépendants	-1,0
Suppression de la C3S pour les PME	-1,0
<i>Mesures entrant dans la compensation au titre du pacte de responsabilité</i>	+1,3
Prélèvement à la source des cotisations sur les caisses de congés payés	+1,5
Modification de la répartition des droits sur les tabacs	-0,2
<i>Transferts de recettes entre l'État et le régime général</i>	+1,2
Affectation à la CNAMTS du prélèvement de solidarité sur les revenus du capital	+2,4
Compensation par dotation budgétaire des exonérations sur les heures supplémentaires	+0,5
Baisse de 1,04 point de la part de TVA nette attribuée à la CNAMTS	-1,4
Ajustement de la fraction de TVA nette affectée aux branches du régime général hors CNAMTS	-0,3
<i>Augmentation de taux de cotisation</i>	+1,0
Augmentation de 0,1 point 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
<i>Autres transferts entre régimes et organismes de sécurité sociale</i>	+1,9
Affectation d'une fraction de C3S à la CNAMTS et à la CNAVTS pour financer l'intégration du RSI	+2,5
Annulation du transfert de CSG de la CNSA au FSV effectué en 2013 et 2014	-0,5
Contrepartie du transfert des réserves de la CAMIEG à la CNAMTS en 2014	-0,2
Intégration dans les comptes du régime général des réserves et du report à nouveau de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte	+0,1
<i>Autres variations de recettes</i>	+0,1
Baisse du montant des réserves de C3S affectées au FSV	-0,8
Effet sur la CSG sur les revenus de remplacement de la fiscalisation de la majoration des pensions pour enfants ⁴¹	+0,4
Intégration du temps de pause et d'habillement dans le calcul des allègements généraux	+0,2
Contrepartie de l'abattement exceptionnel sur les plus-values immobilières institué par la LFR 2013	+0,2
Contrepartie de la taxation au fil de l'eau des intérêts acquis dans le compartiment euro des contrats d'assurance-vie multi-supports	-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
Total	-0,6

Source : Cour des comptes, LFSS 2015, CCSS juin 2015.

41. À la suite de la fiscalisation des majorations de pension décidée par la loi de finances pour 2013, la hausse du revenu fiscal de référence en 2014 se traduit par le passage de certains retraités du taux réduit au taux plein de la CSG en 2015.

Hors mesures nouvelles, la progression des recettes du régime général et du FSV serait de 5 Md€, soit +1,5 %, supérieure à la progression telle qu'estimée dans le programme de stabilité d'avril 2015 de la masse salariale du secteur privé (+1,3 %).

Tableau n° 17 : évolution spontanée des recettes du régime général et du FSV en 2015

En Md€

Recettes du régime général et du FSV en 2014	332,8
Augmentation des recettes du régime général et du FSV en 2015	+4,4
<i>dont mesures nouvelles</i>	-0,6
<i>dont évolution spontanée</i>	+5,0
Taux d'évolution spontanée des recettes	+1,5 %
Taux de croissance du PIB en valeur	+2,0 %
Élasticité au PIB des recettes du régime général et du FSV	+0,75

Source : Cour des comptes, programme de stabilité 2015-2018, CCSS juin 2015.

L'élasticité des recettes du régime général et du FSV au PIB serait de 0,75, soit légèrement inférieure à sa tendance de long terme, évaluée à 0,8 pour les cotisations sociales et à 1 pour les autres prélèvements⁴². Cet infléchissement est principalement dû à une prévision d'évolution de la masse salariale (+1,3 %), sur laquelle sont assises 80 % des recettes du régime général, sensiblement inférieure à la progression du PIB en valeur (+2,0 %).

Les aléas qui entourent la prévision de recettes

La prévision de recettes retenue dans le rapport de la commission des comptes de juin 2015 ne paraît pas soumise à des risques de dégradation importants.

Elle pourrait même le cas échéant s'avérer légèrement sous-estimée. L'hypothèse de croissance économique sur laquelle elle repose a été qualifiée de « prudente » par le Haut conseil des finances publiques dans son avis du 13 avril 2015 relatif aux prévisions macroéconomiques associées au programme de stabilité. Les dernières prévisions de l'INSEE⁴³ font apparaître une croissance attendue pour 2015 de +1,2 % en volume et de +2,2 % en valeur. L'augmentation de la masse salariale pourrait également être plus forte que les prévisions actuellement retenues.

42. Cf. note méthodologique de l'indicateur n° 2 du programme de qualité et d'efficacité « financement » en annexe I à la loi de financement pour 2014.

43. Cf. note de conjoncture de juin 2015.

2 - Des dépenses qui continueraient à croître à un rythme soutenu en termes réels, à périmètre constant

Les dépenses du régime général progresseraient de +1,3 %, après +2,2 % en 2014 et +2,7 % en 2013.

Tableau n° 18 : dépenses par branche du régime général et du FSV en 2015

En Md€

	2014 (1)	LFSS 2015	CCSS 2015 (2)	(3)=(2)-(1)	(3)/(1)
Maladie	168,4	173,6	173,9	+5,4	+3,2 %
AT-MP	11,7	12,1	11,9	+0,2	+2,0 %
Famille	59,0	54,6	54,4	-4,6	-7,8 %
Vieillesse	116,8	120,9	120,7	+3,9	+3,3 %
Régime général (hors transferts entre branches)	343,8	348,6	348,3	+4,6	1,3 %
FSV	20,6	19,6	20,1	-0,5	-2,5 %

Source : Cour des comptes, LFSS 2015, CCSS juin 2015.

Cependant, les dépenses à la charge du régime général connaissent plusieurs modifications de périmètre par rapport à celles de 2014. Liées à la mise en œuvre du pacte de responsabilité, elles ont pour effet de réduire leur rythme de progression.

Tableau n° 19 : impact des mesures de périmètre sur les charges du régime général en 2015

En Md€

Transfert au budget de l'État de la fraction d'APL auparavant financée par la CNAF	-4,8
Effet de l'intégration financière du RSI	+2,5
Prise en charge par la CNAMTS de la formation médicale des médecins	+0,1
Total	-2,2

Source : Cour des comptes, LFSS 2015, CCSS juin 2015.

Hors mesures de périmètre (-2,2 Md€), l'augmentation des dépenses du régime général serait de 6,8 Md€ et leur taux de progression de +2,0 %, supérieur à celui de la croissance spontanée des recettes (+1,5 %).

À périmètre constant, les dépenses de la branche maladie progresseraient de +2,6 %⁴⁴, malgré les mesures d'économie annoncées par les pouvoirs publics dans le programme de stabilité d'avril 2015 pour compenser les effets négatifs de la faiblesse de l'inflation sur les finances publiques⁴⁵.

Les dépenses de la branche vieillesse progresseraient de +2,1 % à périmètre constant⁴⁶, malgré l'absence de revalorisation annuelle des pensions en 2015.

Les dépenses de la branche famille, qui baisseraient sous l'effet de la prise en charge par l'État de la fraction des aides personnelles au logement jusque-là financée par la branche, augmenteraient faiblement à périmètre constant de +0,2 %. La modulation des allocations familiales en fonction des ressources, mise en œuvre au 1^{er} juillet 2015, apporterait une économie de -0,4 Md€ sur l'année et la poursuite de la réforme de la prestation d'accueil du jeune enfant aurait également une incidence de -0,4 Md€ en 2015.

Compte tenu de ces éléments et d'une inflation qui devrait s'établir à un niveau quasi nul en 2015 d'après les dernières prévisions de l'INSEE⁴⁷, le rythme d'augmentation des dépenses en termes réels resterait élevé, à +1,9 % à périmètre constant.

Tableau n° 20 : taux de croissance des dépenses du régime général en termes réels (2012-2015)

En Md€

	2012	2013	2014	2015 (p)	2015 à périmètre constant (p)
Taux de croissance en valeur	+2,9	+2,7	+2,2	+1,3	+2,0
<i>Inflation (hors tabac)</i>	<i>+1,9</i>	<i>+0,7</i>	<i>+0,4</i>	<i>+0,1</i>	<i>+0,1</i>
Taux de croissance en volume	+1,0	+2,0	+1,8	+1,2	+1,9

Source : Cour des comptes, LFSS 2015, Programme de stabilité 2015-2018, note de conjoncture de l'INSEE de juin 2015.

44. Hors coût de l'intégration financière du RSI, soit 1 Md€ et de la prise en charge de la formation médicale des médecins (0,1 Md€).

45. Voir chapitre III du présent rapport : 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. 95-142.

46. Hors coût de l'intégration financière du RSI, soit 1,4 Md€.

47. Note de conjoncture de l'INSEE de juin 2015.

Des efforts supplémentaires de modération de l'évolution tendancielle des dépenses apparaissent ainsi encore nécessaires. Il existe en effet un risque de dérapage des dépenses en valeur lors du retour, à partir de 2016, à un taux d'inflation positif comme prévu dans le scénario macroéconomique du programme de stabilité. Cette perspective nécessite une maîtrise accrue de la progression en volume de la dépense.

B - Une trajectoire de réduction des déficits qui se décale

1 - Des projections dégradées

Le tableau suivant présente les prévisions de solde du régime général et du FSV telles qu'elles figuraient dans la loi de financement rectificative d'août 2014 d'une part et telles qu'elles résultent des données d'exécution pour 2014, des prévisions actualisées de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2015 pour l'année 2015 et de la loi de financement pour 2015 pour les années 2016 à 2018 d'autre part.

Tableau n° 21 : évolution des déficits du régime général et du FSV : réalisations 2012-2014, prévisions 2015-2018

En Md€

	2012	2013	2014	2015 (p)	2016 (p)	2017 (p)	2018 (p)
Solde régime général et FSV dans la LFRSS 2014*	-17,5	-15,4	-13,3	-8,9	-4,5	+0,7	-
<i>Variation annuelle</i>	+3,4	+2,0	+2,1	+4,4	+4,4	+5,2	-
Solde régime général et FSV actualisé en juin 2015**	-17,5	-15,4	-13,2	-13,0	-10,2	-5,7	-2,9
<i>Variation annuelle</i>	+3,4	+2,1	+2,2	+0,2	+2,8	+4,5	+2,8
Écart LFRSS 2014/prévisions actualisées	-	-	+0,1	-4,1	-5,7	-6,4	-

*2012-2013 états financiers, 2014-2018 prévisions LFRSS 2014.

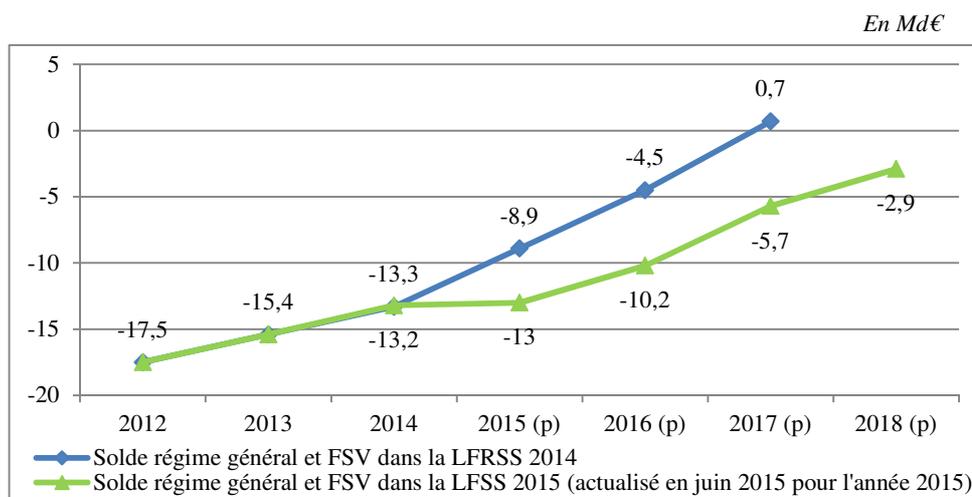
**2012-2014 : états financiers. 2015 : prévisions CCSS juin 2015; 2016-2018 : LFSS 2015.

Source : Cour des comptes, LFRSS 2014, LFSS 2015, états financiers, CCSS 2015.

Le scénario de la loi de financement rectificative pour 2014 reposait sur des hypothèses de reprise de la croissance économique et de l'inflation qui assureraient une augmentation rapide des recettes. La révision de ces prévisions par la loi de financement pour 2015 à

l'automne 2014 a conduit à une nouvelle trajectoire d'évolution des déficits à partir de 2016, en fort décalage par rapport aux prévisions antérieures.

Graphique n° 4 : évolution des déficits du régime général et du FSV : réalisations 2012-2014, prévisions 2015-2018



Source : Cour des comptes, LFRSS juin 2014, LFSS 2015, CCSS 2015.

Comme le montre le tableau suivant, selon les prévisions de la loi de financement pour 2015, les recettes du régime général augmenteraient sur la période 2016-2018 à un rythme moyen de +3,5 % par an, avant prise en compte des mesures liées au pacte de responsabilité et de solidarité.

Tableau n° 22 : prévisions de recettes du régime général et du FSV (2015-2018)

En Md€

	2015	2016	2017	2018	Variation moyenne annuelle
Maladie	166,7	172,5	179,0	185,1	+3,5 %
AT-MP	12,4	12,7	13,2	13,8	+3,7 %
Famille	52,4	53,7	55,3	57,1	+2,9 %
Vieillesse	119,9	124,2	129,0	133,2	+3,6 %
Régime général (hors transferts entre branches)	338,9	350,2	363,3	375,6	+3,5 %
FSV	16,5	16,8	17,3	17,9	+2,7 %

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2015 (pour 2015), et LFSS 2015 (pour 2016-2018).

Ces prévisions sont fondées sur une hypothèse de reprise de la croissance de la masse salariale du secteur privé qui atteindrait +3,5 % dès 2016 et +4,2 % en 2017 et 2018. Elles reposent aussi sur le principe d'une compensation intégrale des mesures prévues par le pacte de responsabilité par des recettes ayant le même rendement.

Mesures d'allègements de prélèvements sociaux prévues pour 2016 et 2017 dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité

Les mesures du pacte de responsabilité et de solidarité en 2016 et 2017 auraient une incidence de 9,5 Md€ sur les recettes :

- poursuite de la réduction des cotisations d'allocations familiales, avec la suppression de 1,8 point pour les salaires compris entre 1,6 et 3,5 SMIC au 1^{er} janvier 2016 (4,5 Md€) ;

- poursuite de la suppression progressive de la C3S jusqu'en 2017 (5 Md€ supplémentaires en 2016 et 2017).

Ces mesures devraient être intégralement compensées pour les régimes de sécurité sociale, mais les modalités de la compensation ne sont pas arrêtées.

Les dépenses du régime général progresseraient de +2,3 % en moyenne d'après la loi de financement pour 2015, soit à un rythme qui s'inscrit dans la continuité des années précédentes (+2,2 % en 2014, +2,2 % hors mesures nouvelles en 2015).

Tableau n° 23 : prévision de dépenses du régime général et du FSV (2015-2018)

En Md€

	2015	2016	2017	2018	Variation moyenne annuelle
Maladie	173,9	178,3	182,7	186,4	+2,3 %
AT-MP	12,4	12,3	12,4	12,6	+0,6 %
Famille	52,4	55,1	56,2	57,8	+3,4 %
Vieillesse	120,0	124,7	128,5	133,7	+3,7 %
Régime général (hors transferts entre branches)	351,9	357,4	366,6	376,9	+2,3 %
FSV	19,5	19,8	19,7	19,5	-

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2015 (pour 2015) et LFSS 2015 (pour 2016-2018).

2 - Un risque d'aggravation supplémentaire des déficits reportant un retour à l'équilibre au mieux en 2021

Le scénario macroéconomique qui fonde les hypothèses de recettes de la loi de financement pour 2015 a été révisé assez sensiblement à la baisse par le programme de stabilité d'avril 2015 pour les années 2015 à 2018.

Tableau n° 24 : prévision de croissance du PIB et de la masse salariale du secteur privé dans le programme de stabilité (2015-2018)

En %

	2014	2015	2016	2017	2018
Croissance du PIB en valeur	+1,3	+2,0	+2,4	+2,8	+3,5
<i>Croissance du PIB en volume</i>	+0,4	+1,0	+1,5	+1,5	+1,75
<i>Prix du PIB</i>	+0,9	+1,0	+0,9	+1,3	+1,7
Augmentation de la masse salariale privée	+1,4	+1,3	+2,7	+3,1	+3,6

Source : LFSS 2015, Programme de stabilité 2015-2018.

Ainsi, la croissance du PIB prévue dans le programme de stabilité et la progression de la masse salariale seraient inférieures aux prévisions de la loi de financement pour 2015.

En retenant les hypothèses de sensibilité du solde du régime général indiquées par le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2015⁴⁸, la révision du scénario macroéconomique conduit à abaisser les prévisions de recettes et de dépenses.

Les mesures d'ajustement supplémentaires en 2016

Les pouvoirs publics ont intégré au programme de stabilité des mesures d'économies supplémentaires portant uniquement sur les dépenses, à hauteur de 5 Md€ en 2016 pour l'ensemble des administrations publiques, afin d'atteindre le rythme de maîtrise de la dépense prévu par la loi de programmation des finances publiques, malgré une inflation pour 2016 plus basse qu'attendu (1 % au lieu de 1,4 %).

48. Soit 2 Md€ de variation des recettes pour une variation de 1 % de la masse salariale, 1,4 Md€ de variation des dépenses pour une variation de 1 % des dépenses dans le champ de l'ONDAM et également 1,4 Md€ sur la revalorisation des prestations retraite et famille pour une variation de 1 % du taux d'inflation.

Ce plan porte à hauteur de 2,2 Md€ sur les dépenses de santé et de protection sociale, avec notamment la révision à la baisse de l'augmentation de l'ONDAM de +2 % à +1,75 %. Les autres mesures n'ont pas été détaillées dans le programme de stabilité.

La fixation de la progression de l'ONDAM à +1,75 % au lieu de +2 % sur la période 2016-2018 aurait une incidence sur les dépenses du régime général, toutes choses égales par ailleurs, de -0,3 Md€ en 2016, de -0,6 Md€ en 2017 et de -0,9 Md€ en 2018. La diminution de l'inflation anticipée par rapport à la prévision de la loi de financement pour 2015 a également un impact à la baisse sur la revalorisation des prestations retraite et famille.

Compte tenu du report de la date de revalorisation des prestations de retraite au 1^{er} octobre depuis la loi de financement rectificative pour 2014, une absence de revalorisation au 1^{er} octobre 2015, conforme aux prévisions d'inflation nulle en 2015 dans le programme de stabilité, conduirait à une moindre dépense d'environ 1 Md€ en 2016. Pour les années ultérieures, l'effet sur la revalorisation annuelle des retraites pourrait atteindre -1,3 Md€ en 2017 et -1,6 Md€ en 2018. S'agissant des prestations familiales, l'impact serait d'environ -200 M€ en 2016, -400 M€ en 2017 et -600 M€ en 2018.

Au total, l'incidence sur les dépenses du régime général de la moindre hausse de l'ONDAM et de la baisse des prévisions d'inflation peut être estimée à -1,5 Md€ en 2016, -2,3 Md€ en 2017 et -3,1 Md€ en 2018.

Tableau n° 25 : projection des recettes et des dépenses du régime général et du FSV revues en fonction des hypothèses du programme de stabilité (2015-2018)

En Md€

	2015	2016	2017	2018
Recettes du régime général	338,9	348,6	359,4	370,3
Dépenses du régime général	348,3	355,9	364,3	373,8
Solde du régime général (hors transferts entre branches)	-9,4	-7,2	-4,9	-3,5
FSV	-3,6	-3,0	-2,4	-1,6
Solde du régime général et du FSV	-13,0	-10,2	-7,3	-5,1
Écart/LFSS 2015	-0,4	0,0	-1,6	-2,2

Source : Cour des comptes, CCSS juin 2015 (pour 2015).

L'effet net de ces révisions de sens contraire sur les recettes et les dépenses liées aux prévisions macroéconomiques du programme de stabilité serait négatif pour le solde du régime général et du FSV. Estimé

à -0,4 Md€ pour 2015 dans les prévisions du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, il se traduirait par une aggravation supplémentaire du déficit de -1,6 Md€ en 2017 et de -2,2 Md€ en 2018.

Avec un déficit de l'ordre de -5 Md€ en 2018 et un rythme de réduction de ce dernier de 2 Md€ par an en moyenne, comme observé depuis 2012, le retour à l'équilibre ne serait pas atteint à l'horizon 2020, mais interviendrait au mieux en 2021.

*
* *

La révision à la baisse des recettes attendues pourrait s'avérer insuffisante si la masse salariale progressait plus lentement que prévu dans le programme de stabilité. En effet, le Haut Conseil des finances publiques a considéré que les prévisions de ce dernier à l'horizon 2018 sont prudentes, mais que la remontée de l'inflation et des salaires pourrait être plus tardive. Toutes choses égales par ailleurs, une telle évolution se traduirait par une dégradation plus marquée des soldes du régime général et du FSV à cette date, décalant encore le rétablissement de l'équilibre des comptes sociaux et la résorption de la dette sociale.

C - Une dette sociale de plus en plus financée à court terme à transférer rapidement à la CADES

1 - Sous réserve de la réalisation des prévisions de déficit, un début de réduction de la dette désormais repoussé à 2016

La loi de financement pour 2011 a organisé le transfert à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) des déficits de la branche vieillesse et du FSV pour les années 2011 à 2018, dans la limite d'un montant annuel de 10 Md€ et d'un montant total de 62 Md€. La loi de financement pour 2014 a permis en outre l'intégration des déficits maladie et famille des années 2012 et suivantes dans les reprises autorisées jusqu'en 2018, sans modifier les limites posées par la loi de financement pour 2011, ni allonger la durée de vie prévisible de la CADES⁴⁹.

La dette reprise par cette dernière restant à amortir a atteint un point haut en 2011 à 142,8 Md€, avec la reprise massive des déficits accumulés du régime général (65,3 Md€) et du régime de retraite des

49. Selon les projections réalisées par la CADES, la date probable d'amortissement des dettes dont la reprise est prévue par la loi se situe en 2024.

exploitants agricoles (2,5 Md€). Des recettes nouvelles ont alors été affectées pour leur financement (0,28 point supplémentaire de CSG, par redéploiement entre les attributaires de ce prélèvement à taux inchangé, 1,3 point de prélèvement supplémentaire sur les revenus du capital, 2,1 Md€ de versement annuel du fonds de réserve pour les retraites jusqu'en 2024). Les recettes annuelles de près de 16 Md€ financent aujourd'hui un peu plus de 3 Md€ de charges d'intérêt et près de 13 Md€ d'amortissement. La dette portée par la CADES devrait ainsi pouvoir poursuivre sa réduction à un rythme proche du rythme actuel jusqu'au terme des reprises de dette déjà programmées. En l'absence de nouvelle reprise de dette, à partir de 2018, le rythme de diminution de la dette s'accélérerait.

Toutefois, il subsiste à la fin de chaque exercice une part des déficits cumulés des branches maladie et famille non repris par la CADES qui vient augmenter le besoin de financement de l'ACOSS au-delà du déficit annuel de la CNAVTS et du FSV, qui est repris par la CADES l'année suivante. Le cumul de ces déficits non repris pourrait s'élever à 27,6 Md€ fin 2018 au titre des seules branches maladie et famille. En outre, selon les hypothèses retenues, la totalité des déficits de la branche vieillesse et du FSV fin 2018 ne pourra être reprise dans le cadre de l'enveloppe des 62 Md€ : un déficit résiduel d'au moins 2 Md€ resterait à la charge de l'ACOSS à ce titre, portant le total des déficits non repris par la CADES à près de 30 Md€ selon les prévisions de loi de financement pour 2015.

L'endettement total constitué de la situation nette de la CADES et de la somme des déficits du régime général portés par l'ACOSS à la fin de chaque exercice se stabiliserait à près de 160 Md€ à fin 2015 d'après les prévisions des pouvoirs publics figurant dans la loi de financement pour 2015, soit un décalage d'une année par rapport aux estimations antérieures, puis commencerait à diminuer en 2016.

Tableau n° 26 : évolution de la dette sociale à la charge de la CADES et de l'ACOSS : réalisations 2011-2014, prévisions 2015-2018

En Md€

	2011	2012	2013	2014	2015 (p)	2016 (p)	2017 (p)	2018 (p)
(1) Situation nette de la CADES en fin d'année	142,8	137,5	132,7	130,2	127,0	123,5	119	108
Amortissement annuel de la CADES	11,7	11,9	12,4	12,7	13,1	13,6	14,1	14,8
(2) Cumul des déficits du régime général portés par l'ACOSS en fin d'année	5,4	16,1	24,4	28,2	31,8	32,5	29,1	29,7
<i>Dont déficits maladie et famille</i>		7,4	18,4	23,6	28,1	29,0	27,1	27,6
<i>Dont déficits vieillesse et FSV</i>		8,7	6,0	4,6	3,7	3,5	2,0	2,1
(3)=(1)+(2) Dette sociale	148,2	153,6	157,1	158,4	158,8	156,2	148,1	137,7

Source : Cour des comptes, LFSS 2015, CCSS juin 2015.

Le rythme de réduction resterait faible en 2016 (2,5 Md€) et augmenterait ensuite pour atteindre 10 Md€ en 2018, soit une réduction de 21 Md€ entre fin 2014 et fin 2018.

Cependant, le risque d'aggravation supplémentaire analysé *supra*, en fonction des hypothèses macroéconomiques du programme de stabilité, aurait, s'il se réalisait, un effet cumulé de l'ordre de 4 Md€ en fin de période. La réduction de la dette n'atteindrait alors que 17 Md€ entre fin 2014 et fin 2018.

2 - Une augmentation préoccupante de la part de la dette sociale financée à court terme par l'ACOSS, une exposition accrue à une remontée des taux d'intérêt

Selon le scénario retenu dans la loi de financement pour 2015, la persistance de déficits élevés du régime général se traduirait par des déficits cumulés portés par l'ACOSS qui atteindraient un point haut à 32,5 Md€ en 2016 et resteraient proches de 30 Md€ au moins jusqu'en 2018. Une perspective de cette nature reviendrait à banaliser une situation exceptionnelle : l'ACOSS n'a eu à financer des besoins à très court terme supérieurs à 30 Md€ qu'une seule fois, à fin 2010, à la suite du déficit historique connu par le régime général du fait de la crise de 2008-2009.

La part de la dette sociale financée à court terme par l'ACOSS, qui était de 0,3 % en 2011 après le transfert précité à la CADES est passée à 19 % en 2014. Elle atteindrait 21 % en 2015 et 21,5 % à l'horizon 2018.

Cette situation distingue nettement la structure de la dette des organismes de sécurité sociale de celle de l'État, financée principalement à moyen et long terme⁵⁰.

Par ailleurs, des aléas négatifs pèsent sur cette partie de la dette sociale à un double titre.

D'une part, les projections pour les années 2016 à 2018 sont, comme souligné précédemment, soumises au risque d'une conjoncture macroéconomique moins favorable que prévu et notamment une reprise moins rapide de la progression de la masse salariale, avec comme indiqué un impact évalué à près de 4 Md€ au total sur les soldes des exercices 2017 et 2018.

D'autre part, cette dette est financée à court terme⁵¹ et se trouve donc exposée au risque d'une remontée des taux d'intérêt. Le programme de stabilité 2015-2018 se fonde sur une remontée progressive des taux courts et longs d'ici à 2018, qui resteraient cependant inférieurs d'au moins 50 points de base aux niveaux prévus dans le programme 2014-2017. Par rapport à ce scénario, un accroissement supplémentaire de 100 points de base des taux courts alourdirait de 0,3 Md€ la charge annuelle de la dette portée par l'ACOSS, pour un effet cumulé de près de 1 Md€ sur la dette d'ici à 2018.

Au total, la dette portée par l'ACOSS pourrait ainsi être alourdie d'environ 5 Md€ à l'horizon 2018. Elle atteindrait alors près de 35 Md€.

En outre, la dette portée par la CADES est également soumise à un risque de taux sur les nouvelles émissions et sur l'encours de dette à taux variable ou révisable. La sensibilité de la charge d'intérêts annuelle de la CADES à une hausse de 100 points de base des taux courts et longs peut être évaluée aujourd'hui à 0,4 Md€ au bout d'un an. Une hausse de taux de 100 points de base conduirait ainsi à dégrader, toutes choses égales par ailleurs, de plus de 1 Md€ la situation nette de la CADES à fin 2018.

Au total, les risques sur la dette sociale liés à l'environnement économique et financier sur la période 2016-2018 peuvent être estimés à 6 Md€ à fin 2018. Dans cette hypothèse, la dette sociale atteindrait encore

50. La part des bons du Trésor à moins d'un an (BTF) représente 11,5 % de la dette négociable de l'État à fin 2014. Sur un besoin de financement de l'État de 179,1 Md€ en 2014, 172 Md€ ont été financés par des émissions à moyen et long terme. Voir Cour des comptes, *le budget de l'État en 2014*, p. 40-50, mai 2015, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

51. La maturité moyenne des instruments de dette (billets de trésorerie et *Euro commercial papers*) émis par l'ACOSS est inférieure à trois mois.

145 Md€ à fin 2018 et sa réduction serait limitée à 15 Md€ entre fin 2014 et fin 2018.

3 - La nécessité d'organiser rapidement un transfert des déficits à la CADES, aujourd'hui ni prévu, ni financé

La persistance de déficits accumulés portés et financés à court terme par l'ACOSS est aussi un moyen d'échapper au dispositif instauré par le Parlement afin d'assurer le financement de l'amortissement de la dette sociale. En effet, toute reprise supplémentaire de déficit par la CADES doit être, selon les dispositions organiques en vigueur⁵² et sous le contrôle du Conseil constitutionnel, assortie du transfert à la CADES des ressources nécessaires à son amortissement total à l'échéance prévue pour les dettes déjà reprises, soit 2024. La dette conservée par l'ACOSS en dehors de toute perspective d'amortissement ne permet pas d'envisager une disparition totale de la dette sociale à cette échéance.

Comme la Cour l'a déjà recommandé à plusieurs reprises⁵³, il est nécessaire d'organiser rapidement la reprise par la CADES de la part des déficits actuellement financés par l'ACOSS qui ne sont couverts par aucun mécanisme d'amortissement. Cette part devrait s'élever à 13,5 Md€ fin 2015⁵⁴ et, selon les hypothèses de déficits 2016-2018 de la

52. Loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale modifiée par la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale.

53. Cour des comptes, *Rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre III : le financement des déficits sociaux, p. 100 à 105, septembre 2011, *pour 2012*, chapitre I : le déficit et l'endettement de la sécurité sociale : situation 2011 et perspectives, p. 47-50, septembre 2012, *pour 2013*, chapitre I : le déficit et l'endettement de la sécurité sociale : situation 2012 et perspectives, p. 48-51, septembre 2013 et *pour 2014*, chapitre V : les lois de financement de la sécurité sociale, une ambition à élargir, p. 169 et 170, septembre 2014, la Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

54. Une partie des 31,8 Md€ de dette prévisible portée par l'ACOSS fin 2015 correspond à des déficits dont la reprise par la CADES est déjà prévue et financée (3,7 Md€ de déficit 2015 de la branche vieillesse et du FSV et 14,6 Md€ de déficit des branches maladie et famille antérieurs à 2015).

loi de financement pour 2015, augmenter progressivement jusqu'à 29,7 Md€ fin 2018. La reprise au plus tôt de ces déficits devrait alors intervenir pour 13,5 Md€ début 2016, puis pour 7,2 Md€ début 2017⁵⁵, pour 5 Md€ début 2018⁵⁶ et pour 4 Md€ début 2019⁵⁷.

Ces reprises supplémentaires supposeraient, dans le cadre actuel fixé par les lois organiques et pour maintenir à 2024 l'échéance d'amortissement total de la dette de la CADES, d'affecter à la CADES 3 Md€ de recettes supplémentaires dès 2016, soit l'équivalent de 0,23 point de CRDS. Si ces reprises supplémentaires étaient différées, le montant des ressources annuelles supplémentaires à affecter à la CADES serait d'autant plus important que les reprises interviendraient tard, à horizon d'amortissement total inchangé. À titre d'illustration, une reprise différée à début 2018 nécessiterait de transférer à cette date non plus 3, mais 4 Md€ de recettes annuelles supplémentaires pour assurer un amortissement total d'ici 2024, soit l'équivalent de 0,3 point de CRDS.

Enfin, dans l'hypothèse où une nouvelle loi organique prévoirait, par dérogation aux dispositions en vigueur, un accroissement de la durée de la dette sociale, organiser ces reprises sans recettes supplémentaires pour la CADES repousserait d'environ deux ans le terme de l'amortissement total de la dette, ce qui prolongerait d'autant les prélèvements obligatoires qui lui sont affectés et alourdirait au final d'au moins 5 Md€ la charge cumulée des intérêts de la dette sociale.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'année 2014 a été marquée par une réduction modeste, de 2,2 Md€, du déficit de l'ensemble constitué du régime général et du FSV. Ce résultat n'aurait cependant pu être atteint sans de nouvelles mesures de recettes. En dépit de sa diminution, le déficit, sous l'effet notamment du creusement du solde du FSV, continue à s'inscrire à un niveau très supérieur à celui, déjà très élevé, d'avant la crise économique de 2008-2009.

En 2015, dans un contexte de faible augmentation de la masse salariale, la trajectoire de réduction des déficits connaîtrait un ralentissement marqué, les comptes du régime général et du FSV dégageant selon les prévisions de la commission des comptes de juin 2015 un résultat globalement inchangé par rapport à l'année précédente. Hors effet des mesures nouvelles liées au pacte de responsabilité et de solidarité, dont la neutralité sur le régime général et le FSV devrait être assurée, les

55. Soit les déficits prévisionnels maladie et famille au titre de 2016.

56. Soit les déficits prévisionnels maladie et famille au titre de 2017.

57. Soit les déficits prévisionnels maladie, famille, vieillesse et FSV au titre de 2018.

dépenses augmenteraient encore de 1,9 % en termes réels. Les mesures nouvelles en recettes prévues, plus limitées qu'en 2014, ne compenseront pas cette dynamique toujours soutenue.

Selon les prévisions des pouvoirs publics, le retour à un taux d'inflation positif à partir de 2016 et le redressement attendu de la croissance devraient permettre une augmentation des recettes à un taux de l'ordre de 3,5 % par an entre 2016 et 2018, ainsi que la reprise sur cette période d'une trajectoire de réduction des déficits. Ce scénario, s'il était strictement tenu, permettrait une stabilisation de la dette sociale en 2015, puis un début de réduction de cette dernière à partir de 2016. Il est cependant conditionné au redressement effectif du taux de croissance de la masse salariale, qui pourrait s'avérer moins rapide que prévu, avec pour conséquence un risque d'aggravation des déficits par rapport aux prévisions.

La perspective d'un retour à l'équilibre, programmé pour 2017 puis régulièrement décalé, ne figure plus dans l'horizon de projection des comptes de la sécurité sociale. Il est reporté au-delà de 2018. Les estimations qui peuvent être faites au regard des hypothèses macroéconomiques du programme de stabilité d'avril 2015 mettent en lumière que le rétablissement de l'équilibre des comptes sociaux ne serait atteint, au mieux, qu'en 2021.

Cet éloignement de l'un des objectifs majeurs de redressement des finances publiques apparaît particulièrement préoccupant.

Ce report expose à de forts aléas la dette sociale, tout particulièrement celle portée par l'ACOSS, qui atteindrait près de 30 Md€ à fin 2018, voire 35 Md€ si certains risques se réalisaient. Cette dette financée à très court terme sera affectée par le redressement des taux d'intérêt, qui atteindrait près de 2 % à l'horizon 2018 d'après les prévisions du programme de stabilité. Elle est surtout exposée à un risque de taux particulièrement fort dans une période de relative instabilité des prévisions d'inflation et de taux d'intérêt. Au total, les risques sur la dette sociale liés à l'environnement économique peuvent être estimés à 6 Md€ à fin 2018.

Cette situation dangereuse impose notamment de transférer sans délai à la CADES la dette actuellement portée par l'ACOSS, dont ce n'est pas la mission et de lui faire reprendre au fur et à mesure les déficits à venir des branches famille et maladie, dont le transfert n'est toujours pas organisé. Plus ce transfert sera tardif, plus il nécessitera de mobiliser, sur une courte période, des ressources annuelles conséquentes pour éteindre la dette sociale d'ici à son terme aujourd'hui prévu en 2024.

Le décalage à un horizon imprécis du retour à l'équilibre ne traduit pas seulement les effets de la persistance d'une croissance ralentie et d'une inflation très faible. Il illustre aussi une insuffisante inflexion de l'augmentation en volume des dépenses de sécurité sociale. La consolidation durable des finances sociales impose une maîtrise beaucoup plus affirmée des dépenses en termes réels, que seules des réformes en profondeur peuvent assurer.

Comme chaque année, le présent rapport illustre les champs sur lesquels des réformes structurelles sont susceptibles d'infléchir la dépense sur la durée, sans remettre en cause les principes sur lesquels est fondée la sécurité sociale, notamment l'égal accès aux soins et la qualité de ces derniers s'agissant de l'assurance maladie.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

1. redéfinir la trajectoire de réduction des déficits en fonction d'un objectif réaffirmé et d'un calendrier réajusté de retour rapide à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale ;

2. à cet effet, renforcer les mesures structurelles d'économies, telles que celles recommandées dans les différents chapitres du présent rapport, afin de réduire durablement le rythme de progression des dépenses ;

3. organiser sans attendre davantage la reprise par la CADES des déficits des branches maladie et famille actuellement portés par l'ACOSS et de ceux des années à venir, en prévoyant, conformément aux dispositions de la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, les recettes nécessaires à l'amortissement complet de la dette sociale à son terme prévu ;

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

Chapitre II

**Les tableaux d'équilibre et le tableau
patrimonial de la sécurité sociale relatifs
à 2014 : 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 2014. Ces documents seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Les tableaux d'équilibre correspondent à des comptes de résultat combinés⁵⁸ 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 (le fonds de solidarité vieillesse - FSV -). Le tableau patrimonial correspond quant à lui à un bilan combiné des régimes obligatoires de base de sécurité sociale⁵⁹ 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 pour les 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) 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 (PLFSS) pour 2016 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.

58. 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 lesquelles sont éliminées leurs opérations réciproques.

59. 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 2014

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

Bien que conforme aux dispositions de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, cette terminologie favorise une confusion sur la nature des montants soumis à l'approbation du Parlement : les « recettes » et les « dépenses » ne correspondent pas à des recettes encaissées et à des dépenses décaissées au sens de la comptabilité budgétaire de l'État et de ses opérateurs, mais à des produits et à des charges d'une comptabilité générale établie en droits constatés⁶⁰, 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.

A - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2014

Les tableaux d'équilibre présentés ci-après figureront dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 soumis à l'approbation du Parlement.

La Cour n'a pas été rendue destinataire par la direction de la sécurité sociale du projet d'annexe au PLFSS 2016 qui contient des

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

informations intéressant les tableaux d'équilibre⁶¹. Les appréciations 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 2014, 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 -12,8 Md€ (soit l'équivalent de 0,6 % du PIB), contre -16,0 Md€ en 2013 (soit 0,8 % du PIB).

Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale s'est réduit à -9,3 Md€, contre -13,1 Md€ en 2013.

En son sein, le déficit du régime général s'est contracté à -9,7 Md€, contre -12,5 Md€ en 2013. Par ailleurs, le déficit du FSV a atteint -3,5 Md€, contre -2,9 Md€ en 2013. Le sous-ensemble formé par le régime général et le FSV a ainsi dégagé un déficit de -13,2 Md€, contre -15,4 Md€ en 2013.

Tableau n° 27 : ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	186,3	192,9	-6,5
Vieillesse	219,3	220,0	-0,7
Famille	56,3	59,0	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	12,8	0,7
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	462,5	471,7	-9,3

Source : *direction de la sécurité sociale.*

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. Parmi ces régimes, 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 régime d'assurance maladie, de sept régimes d'accidents du travail -

61. Annexe 4 relative aux recettes et dépenses des régimes par catégorie et par branche.

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 - maladies professionnelles et de huit régimes mixtes d'assurance maladie, d'assurance vieillesse et d'accidents du travail - maladies professionnelles.

Tableau n° 28 : régime général de sécurité sociale

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	161,9	168,4	-6,5
Vieillesse	115,6	116,8	-1,2
Famille	56,3	59,0	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,3	11,6	+0,7
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	334,1	343,8	-9,7

Source : direction de la sécurité sociale.

Tableau n° 29 : organisme concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	17,1	20,6	-3,5

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 et commissaires aux comptes pour les autres régimes et le fonds de solidarité vieillesse).

*

* *

En application du 2° du VIII de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur les tableaux d'équilibre de l'exercice 2014, 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 2016.

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 2016 fournissent une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde qui en découle, en exprimant cependant les quatre observations suivantes :

1. comme les exercices précédents, la présentation distincte du solde du fonds de solidarité vieillesse de ceux des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et, en leur sein, de celui du régime général, procure une information partielle sur le déficit des régimes de sécurité sociale pour l'exercice 2014 (voir C – 1 – *infra*) ;

2. le Parlement ne dispose toujours pas, dans le cadre des annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale, d'un éclairage suffisant sur la nature et l'évolution des recettes et des dépenses à l'origine de la formation des soldes mentionnés dans les tableaux d'équilibre soumis à son approbation (voir C – 2 – *infra*) ;

3. le manque de sécurité et de traçabilité dans l'élaboration matérielle des tableaux d'équilibre ne permet pas de réduire à un niveau non significatif le risque d'anomalies qui affecteraient les montants de recettes et de dépenses qui y sont indiqués. Les tableaux d'équilibre sont de plus établis en procédant à des contractions de produits et de charges contraires au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes sociaux (principe général de non-compensation) (voir C – 3 – *infra*) ;

4. si les états financiers de la totalité des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre sont désormais certifiés, avec ou sans réserve(s), les opinions exprimées par la Cour et 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 partielle du déficit des régimes obligatoires de base et du régime général

Dans le cadre des projets de loi de financement de la sécurité sociale, le Parlement est notamment invité à approuver un tableau d'équilibre au titre des « organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale », concernant exclusivement le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

L'isolement du FSV dans un tableau d'équilibre distinct nuit à la lisibilité de l'information procurée sur les résultats du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

En effet, l'essentiel des ressources (9/10^{èmes}) du FSV bénéficie à la branche vieillesse du régime général, ce qui a pour effet de réduire, toutes choses égales par ailleurs, son déficit. Pour autant, les ressources affectées au fonds (une fraction de la CSG, d'autres contributions sociales et certaines impositions) ne couvrent pas la totalité de ses concours aux régimes de sécurité sociale (prises en charge de cotisations et de prestations), ce qui conduit à placer le fonds en déficit.

L'absence de rattachement du FSV au tableau d'équilibre du régime général de sécurité sociale à proportion des prises en charge de cotisations et de prestations dont le FSV le fait bénéficiaire conduit à minorer le niveau du déficit du régime général (à hauteur de -3,2 Md€ pour 2014) par rapport à la réalité des ressources dont la branche vieillesse du régime général a réellement disposé au titre de ce même exercice⁶².

Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (-9,3 Md€) est également minoré à hauteur de la totalité de celui du FSV (-3,5 Md€).

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

62. Cour des comptes *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale - exercice 2014*, p. 74, juin 2015, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

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

Tout en continuant à assurer une information propre aux produits, aux charges et au résultat du fonds de solidarité vieillesse, une présentation de cette nature permettrait de fournir une information plus pertinente sur ceux de l'ensemble des régimes et du régime général de sécurité sociale.

2 - Un défaut persistant d'information du Parlement sur la consistance et l'évolution des recettes et des dépenses

Le Parlement est invité à approuver les tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos et figurant à l'article premier du projet de loi de financement de l'année suivante (PLFSS), sans disposer d'une information suffisante sur la nature et l'évolution des recettes et des dépenses par rapport à l'exercice précédent, ni des écarts par rapport aux tableaux d'équilibre prévisionnels qu'il a précédemment adoptés.

L'annexe B du PLFSS atténue cette limite d'information en présentant dans un même tableau, sur des périmètres identiques à ceux des tableaux d'équilibre, les montants totaux de produits et de charges et ceux des résultats des trois années précédentes (qui incluent celle relative au dernier exercice clos, objet du présent avis), de l'année du projet de loi de financement et des quatre années suivantes.

Par ailleurs, l'annexe C décrit, par grandes masses, les produits de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et de l'organisme concourant à leur financement (FSV).

Enfin, l'annexe 4 au PLFSS décompose le montant total des recettes et des dépenses⁶³ des tableaux d'équilibre par grandes catégories au titre de l'année de la nouvelle loi de financement, de l'année en cours et de l'année précédente (correspondant à celle des tableaux d'équilibre du dernier exercice clos, objet du présent avis) et caractérise (uniquement

63. L'annexe 4 décompose les charges depuis la loi de financement pour 2012, à la suite d'une demande de la Cour.

en pourcentage) l'évolution des montants par rapport à l'exercice précédent.

Néanmoins, l'information procurée par ces annexes demeure encore insuffisante. À titre illustratif, les prestations légales, qui représentent une part prépondérante des charges, sont présentées dans l'annexe 4 sous la forme d'un montant global, non ventilé entre les principales natures de prestations. Les impôts et taxes affectés sont également présentés uniquement sous la forme d'un montant global. Par ailleurs, les annexes précitées ne commentent pas les principales évolutions, ni les facteurs qui en sont à l'origine. Elles se distinguent ainsi de l'annexe 9 du PLFSS relative au tableau patrimonial, qui procure au Parlement une information détaillée et précise sur la nature et l'évolution des actifs et passifs de la sécurité sociale (voir II - *infra*).

Selon la direction de la sécurité sociale, les limites de l'information procurée au Parlement au titre des tableaux d'équilibre soulignées par la Cour seraient compensées par les informations détaillées contenues dans les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale (de juin et de septembre, pour ce dernier rendu public quelques jours avant le dépôt du projet de loi de financement annuel). Toutefois, ces documents n'ont pas la qualité d'une annexe au projet de loi de financement et ne sont pas conçus pour fournir au Parlement une information de synthèse sur la formation des résultats des régimes de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse, complétée d'une information plus détaillée sur les produits et les charges.

L'information fournie au Parlement devrait être de même nature que celle qui lui est communiquée dans le cadre du projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'État. Son exposé des motifs procure en effet une information de synthèse sur l'exécution des recettes et des dépenses au regard de l'année précédente et des prévisions initiales, complétée dans des annexes par une information détaillée sur la nature et l'évolution des recettes et des dépenses. Dans cet esprit, la Cour a recommandé d'anticiper et de renforcer l'analyse des résultats de l'exécution des lois de financement, par l'instauration d'une nouvelle loi de résultat de la protection sociale qui serait examinée de façon conjointe avec la loi de règlement du budget de l'État⁶⁴.

64. 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, p.153-176, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

La Cour réitère sa recommandation d'assurer une information de synthèse du Parlement sur la consistance et l'évolution par rapport à l'exercice précédent des produits et des charges indiqués pour leur montant global dans les tableaux d'équilibre en procurant sur ce point, dans le cadre des annexes au projet de loi de financement, une information d'un niveau de détail et d'une qualité homogènes à celle contenue dans l'annexe 9 pour ce qui concerne le tableau patrimonial⁶⁵.

3 - Des fragilités liées aux modalités d'élaboration des tableaux d'équilibre

a) Le manque de sécurité et de traçabilité du retraitement des données comptables

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. Ils ont pour objet d'assurer un classement homogène des produits et des charges au sein de mêmes rubriques en vue de leur consolidation dans le cadre des tableaux d'équilibre.

La direction de la sécurité sociale vérifie la conformité des TCDC aux comptes de résultat des régimes, des branches du régime général et des autres régimes et du FSV et leur apporte les corrections qui s'avèrent nécessaires.

Selon une pratique constante, le TCDC du régime des mines n'intègre par les produits et les charges au titre des œuvres, 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 352 M€ et de 385 M€ respectivement pour 2014).

Conformément à l'objet des tableaux d'équilibre, la direction de la sécurité sociale procède à la neutralisation des écritures symétriques de produits et de charges liées à des transferts internes aux branches (17,5 Md€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité

65. Dans l'attente de la communication par la direction de la sécurité sociale du projet d'annexe 9 relatif au projet de loi de financement pour 2016, cette mention vise de manière rétrospective l'annexe 9 au projet de loi de financement pour 2015.

sociale⁶⁶, dont 1,8 Md€ au sein du régime général), les transferts entre branches (13,1 Md€ pour l'ensemble des régimes⁶⁷, dont 12,1 Md€ au sein du régime général), ainsi que les transferts réciproques des branches maladie et accidents du travail - maladies professionnelles avec la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (soit 18,4 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 15,0 Md€ pour le régime général)⁶⁸.

Pour l'expression de son avis sur les tableaux d'équilibre, 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 ;
- 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 (dans le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes).

Dans le cadre des vérifications précitées, la Cour n'a pas identifié d'anomalie lors de l'examen des retraitements précités.

Cependant, les conditions d'utilisation des outils bureautiques pour l'élaboration des tableaux d'équilibre induisent un risque sur l'intégrité des données chiffrées. Le manque de formalisation de l'objet et de l'enchaînement des fichiers utilisés pour le retraitement des données figurant dans les TCDC ne permet pas non plus d'écarter l'éventualité

66. 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.

67. 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 (PAJE) 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.

68. Cette neutralisation a pour objet de faire apparaître la contribution effective de la CNSA au financement des dépenses de l'ONDAM médico-social (soit 1,1 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 0,9 Md€ pour le régime général).

que des erreurs matérielles affectent les montants de produits et de charges indiqués dans les tableaux d'équilibre.

b) Des contractions de produits et de charges non conformes aux normes comptables

Au-delà de la neutralisation des transferts décrits *supra*, les tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos, objet du présent avis, sont présentés, comme ceux relatifs à l'année en cours et à l'année à venir, en regroupant en recettes les éléments positifs et négatifs qui concernent les prélèvements publics affectés aux régimes de sécurité sociale et en dépenses les éléments positifs et négatifs qui concernent les prestations dont ils assurent le versement.

Ce mode de 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, ces retraitements 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. Ils minorent substantiellement les montants de produits et les charges par rapport à ceux retracés dans les comptes annuels des régimes de sécurité sociale et du FSV (à hauteur de 21,7 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 18 Md€ pour le régime général et 0,2 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 opinions de la Cour et des commissaires aux comptes sur la qualité des comptes

a) Les opinions exprimées sur les comptes 2014

À l'exception de treize régimes de petite taille⁶⁹ auxquels s'attachent des enjeux financiers limités, les comptes pour l'exercice 2014 de l'ensemble des 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) ou bien d'une certification ou d'un examen limité⁷⁰ par un ou plusieurs commissaires aux comptes (autres régimes de sécurité sociale et FSV).

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

69. Comme les régimes d'assurance maladie et vieillesse de ports autonomes, la retraite des cultes d'Alsace-Moselle, les rentes d'accidents du travail du département de Paris, ou les régimes de chemin de fer secondaires.

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

Tableau n° 30 : la certification des états financiers 2014 des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV⁷¹

	Branches/organismes nationaux du régime général	Autres régimes	En % des charges brutes
Certification sans réserve(s)	-	15 régimes + FSV	12,0
Absence de réserve (acte de certification des comptes de l'État)	-	Régime des pensions des agents de l'État	9,0
Certification avec réserve(s)	Les quatre branches (maladie, AT-MP, vieillesse et famille) et l'activité de recouvrement du régime général. Les cinq organismes nationaux du régime général : ACOSS, CNAF, CNAMTS et CNAVTS	5 régimes : régime social des indépendants, régime agricole, régime des mines, caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et établissement national des invalides de la Marine	78,9
Refus de certifier	-	-	-
Impossibilité de certifier	-	-	-
Régimes non significatifs / autres cas	-	12	0,1

Source : Cour des comptes.

b) Les opinions exprimées par la Cour sur les comptes des branches et de l'activité de recouvrement du régime général

Pour le deuxième exercice consécutif, la Cour a certifié avec des réserves les états financiers pour l'exercice 2014 de l'ensemble des entités du régime général de sécurité sociale. Si l'évolution de ses constats lui permet de lever certaines parties de réserves, elle reconduit toutefois le nombre de réserves sur les comptes des quatre branches et de l'activité de recouvrement, en raison de progrès limités en 2014. L'approfondissement des travaux d'audit effectués dans l'ensemble des

71. Par rapport aux 39 régimes mentionnés dans la liste annexée au projet de loi de financement pour 2015, figurent ici 34 régimes (regroupement en un seul régime – le régime agricole – des régimes des salariés et des non-salariés agricoles et également en un seul régime - le régime social des indépendants - des régimes maladie des indépendants, du régime vieillesse des artisans et du régime vieillesse des commerçants ; 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).

branches a conduit à renforcer certains constats, sans que cela soit le signe d'une détérioration générale de la qualité des comptes.

Dans les branches maladie et AT-MP, les constats ont porté principalement sur la consolidation des tests nationaux de « reliquidation » des prestations en nature facturées directement à l'assurance maladie et sur les indemnités journalières. Ces tests ont mis en évidence une incidence financière élevée sur les comptes des erreurs de liquidation et appellent la CNAMTS à mettre en œuvre des actions fortes et structurées visant à réduire l'incidence de ces erreurs au détriment de l'assurance maladie ou des assurés sociaux.

Dans la branche famille, si certains progrès ont été observés avec le déploiement effectif d'indicateurs et d'objectifs de qualité de la liquidation des prestations, les résultats obtenus en 2014 restent en deçà des attentes fortes exprimées par la Cour. En effet, le dispositif de contrôle interne ne repose pas encore sur une analyse des risques de la branche qui permette de structurer les contrôles effectués en fonction des risques à couvrir et d'améliorer leur efficacité et la justification des comptes demeure imparfaitement assurée. La Cour a appelé à nouveau la CNAF à mettre en œuvre des mesures correctives fortes. À défaut, elle serait conduite à réévaluer la portée des observations qu'elle exprime sur les comptes de la branche famille.

Dans la branche vieillesse, les efforts ont porté en 2014 sur une homogénéisation des résultats des caisses régionales en matière de qualité de la liquidation des prestations. Le risque attaché aux erreurs de liquidation reste cependant significatif, notamment en ce qui concerne l'exhaustivité des reports de données de carrière aux comptes des assurés.

S'agissant de l'activité de recouvrement, la Cour a constaté des progrès s'agissant de l'évaluation des dépréciations de créances (correction des principales distorsions), mais relève la persistance de faiblesses du contrôle interne pour les prélèvements sociaux sur les salaires et les revenus de remplacement et le maintien d'incertitudes et de désaccords concernant l'évaluation des principales estimations comptables. S'agissant des prélèvements sur les revenus des travailleurs indépendants, les progrès du dispositif de contrôle interne ont permis d'alléger l'expression de la réserve de la Cour, même si des incertitudes significatives continuent à affecter une partie des montants comptabilisés au titre de ces prélèvements en 2014.

*c) Les opinions exprimées par les commissaires aux comptes
sur les comptes des autres régimes et du FSV*

Pour la première fois, les commissaires aux comptes ont certifié avec des réserves les états financiers du RSI, en cohérence avec l'allègement de 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.

Compte tenu de la poursuite des progrès engagés en 2013 dans la conception du dispositif de contrôle interne, les commissaires aux comptes ont certifié, pour la deuxième année consécutive, les états financiers du régime des mines, avec des réserves relatives notamment aux insuffisances du contrôle interne. Comme pour 2013, les réserves exprimées par les commissaires aux comptes sur les états financiers du régime des mines prennent en compte, de manière plus circonscrite, la partie de la réserve exprimée par la Cour sur les comptes de la branche maladie du régime général relative au manque de fiabilité de la répartition entre les différents régimes d'assurance maladie des dotations et forfaits versés aux établissements et services médico-sociaux.

S'agissant des états financiers du régime agricole et à l'instar de l'exercice précédent, une réserve pour limitation dans l'étendue des travaux d'audit est exprimée au titre de la totalité 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.

En dépit des nouvelles améliorations apportées au dispositif de contrôle interne relatif aux prestations en nature, une opinion de certification avec réserves sur les états financiers de l'établissement national des invalides de la marine (ENIM) est reconduite en l'absence d'incidence en 2014 de ces plans d'actions sur l'efficacité du contrôle interne. Celle sur les comptes de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales est à nouveau motivée par la justification encore insuffisante des flux de cotisations et de compensations d'exonérations relatives aux auto-entrepreneurs notifiés par l'ACOSS et renforcée par deux nouvelles réserves relatives aux insuffisances des contrôles généraux informatiques et à une incertitude relative aux modalités d'estimations comptables des cotisations à recevoir.

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 2014

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 projet⁷². 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 pour les 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 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale, où sont par ailleurs justifiés les besoins de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à l'emprunt.

72. 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].

Par nature ou de fait, 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 sociale⁷³, il comprend seulement dix-huit autres régimes. En effet, vingt 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'année⁷⁴. De fait, le montant agrégé de leurs bilans est négligeable (inférieur à 0,2 Md€ au 31 décembre 2014).

A - Le tableau patrimonial⁷⁵ au 31 décembre 2014

Le tableau patrimonial au 31 décembre 2014 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 2016.

73. L'activité de recouvrement et les quatre branches du régime général (maladie, AT-MP, famille et vieillesse).

74. 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 et, nouvellement en 2014, le fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE), ainsi que le fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (FATIACL). 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).

75. Le tableau patrimonial n'est pas présenté à périmètre constant, les deux régimes retirés de ce dernier en 2014 (FSPOEIE et FATIACL) n'affectant que marginalement la comparabilité des exercices (le montant cumulé de leur bilan s'élève à 0,15 Md€ et celui de leurs capitaux propres à 0,1 Md€ au 31 décembre 2014).

Tableau n° 31 : tableau patrimonial au 31 décembre 2014

ACTIF (en Md€)	2014	2013	Var.	PASSIF (en Md€)	2014	2013	Var.
IMMOBILISATIONS	7,0	7,7	-0,7	CAPITAUX PROPRES	-110,7	-110,9	0,1
Immobilisations non financières	4,3	4,3	0,1	Dotations	29,2	30,9	-1,3
Régime général	3,6	3,5	0,1	Régime général	0,6	0,6	0,0
Autres	0,8	0,8	0,0	Autres régimes	4,5	4,2	0,7
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,7	2,5	-0,8	CADES	0,2	0,2	0,0
Régime général	1,2	1,3	-0,1	FRR	23,9	26,0	-2,1
Autres régimes	0,5	0,5	0,0	Réserves	12,1	10,3	1,5
CADES	0,0	0,7	-0,7	Régime général	2,6	2,6	0,1
Autres	0,0	0,0	0,0	Autres régimes	5,5	5,5	-0,5
Avances, prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	1,0	0,9	0,0	FRR	4,1	2,2	1,9
Autres	0,0	0,0	0,0	Report à nouveau	-156,9	-152,6	-4,3
				Régime général	-10,0	-4,3	-5,7
				Autres régimes	-3,8	-3,0	-0,9
				FSV	-0,1	0,0	-0,1
				CADES	-143,1	-145,4	2,3
				Résultat de l'exercice	1,4	-1,6	3,1
				Régime général	-9,6	-12,5	2,8
				Autres régimes	0,4	-0,6	1,0
				FSV	-3,5	-2,9	-0,6
				CADES	12,7	12,4	0,3
				FRR	1,4	1,9	-0,4
				Autres	3,4	2,1	1,2
				FRR	3,4	2,1	1,2
				PROVISIONS POUR RISQUES	15,0	20,4	-5,4
				Régime général	12,4	17,0	-4,7
				Autres régimes	2,3	3,4	-1,1
				FSV	0,3	0,0	0,2
ACTIF FINANCIER	58,5	55,4	3,2	PASSIF FINANCIER	179,9	173,4	6,5
Valeurs mobilières et titres de placement	50,4	48,3	2,2	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	162,5	159,8	2,7
Régime général	0,1	0,5	-0,4	Régime général	24,2	20,5	3,7
Autres régimes	7,5	6,9	0,6	CADES	138,2	139,3	-1,0
CADES	7,0	7,1	-0,1	Dettes à l'égard d'établissements de crédit	12,4	11,2	1,1
FRR	35,9	33,9	2,0	Régime général (y compris prêts CDC)	10,6	7,6	3,0
Encours bancaire	7,9	6,7	1,2	Autres régimes général (y compris prêts CDC)	0,8	2,6	-1,8
Régime général	2,2	1,5	0,6	CADES	1,0	1,0	0,0
Autres régimes	1,5	1,8	-0,3	Dépôts	1,9	2,2	-0,3
FSV	1,2	1,0	0,2	Régime général	1,9	2,2	-0,3
CADES	1,7	0,2	1,5	Autres	3,2	0,2	3,0
FRR	1,3	2,2	-0,8	Régime général	0,2	0,0	0,2
Créances nettes au titre des instr. fin.	0,2	0,4	-0,2	Autres régimes	0,1	0,1	0,0
CADES et FRR	0,2	0,4	-0,2	CADES	2,9	0,1	2,8
ACTIF CIRCULANT	69,7	63,7	6,0	PASSIF CIRCULANT	51,0	43,8	7,2
Créances sur prestations	7,8	7,6	0,2	Dettes à l'égard des bénéficiaires (y compris CAP)	27,1	20,0	7,1
Créances de cotisations, de contributions sociales et d'impôts	11,1	9,2	1,8	Dettes à l'égard des cotisants (y compris CAP)	1,2	1,2	0,0
Produits à recevoir de cotisations (PAR), de contributions sociales et d'impôts	35,7	35,5	0,1				
Créances sur l'État et autres entités publiques	9,4	9,0	0,4	Dettes et CAP à l'égard de l'État et autres entités publiques (y compris CAP)	9,6	8,7	0,9
Produits à recevoir de l'État	0,5	0,5	0,0				
Autres actifs	5,2	1,8	3,3	Autres passifs, dont soultte IEG	13,1	13,8	-0,7
TOTAL DE L'ACTIF	135,2	126,7	8,4	TOTAL DU PASSIF	135,2	126,7	8,4

Source : direction de la sécurité sociale.

Par analogie avec la présentation des comptes de l'État, le montant présenté en capitaux propres (-110,7 Md€ au 31 décembre 2014) pourrait être assimilé à la situation nette consolidée des entités du champ des lois de financement de la sécurité sociale. En 2014, les capitaux propres ont connu une légère augmentation (+0,1 Md€)⁷⁶ :

- en 2014, le tableau patrimonial présente pour la première fois depuis sa création un résultat net d'ensemble positif de 1,4 Md€, en amélioration de 3,1 Md€ par rapport à 2013. À titre principal, cette évolution traduit la poursuite de la réduction du déficit global du régime général, des autres régimes et du FSV qui, sur le périmètre du tableau patrimonial, est passé de -16 Md€ en 2013 à -12,7 Md€ en 2014, soit une réduction de 3,3 Md€⁷⁷. Ce résultat net d'ensemble incorpore non seulement les résultats déficitaires des régimes et du FSV, mais aussi les résultats excédentaires dégagés par la CADES et par le FRR à hauteur respectivement de 12,7 Md€ et de 1,4 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. Celui 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 cumulés des années passées, apporte une contribution négative à la variation des capitaux propres (à hauteur de 4,3 Md€). L'absence de reprise par la CADES au cours de l'année 2014 des déficits 2013 des branches maladie (6,8 Md€) et famille (3,2 Md€)⁷⁸ induit une forte dégradation du report à nouveau du régime général (-10 Md€ en 2014 contre -4,3 Md€ en 2013)⁷⁹. Le report à nouveau négatif de la CADES s'est

76. Au titre des exercices précédents, ils s'étaient dégradés (-6,7 Md€ en 2012 et -3,6 Md€ en 2013).

77. L'écart par rapport au solde retracé par les tableaux d'équilibre (soit -12,8 Md€) est lié à l'intégration de l'ACOSS, qui dégage un résultat comptable excédentaire en 2014 (33 M€), au périmètre du tableau patrimonial, mais non à celui des tableaux d'équilibre.

78. 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.

79. Ces déficits 2013 d'un total de -10 Md€ sont affectés en report à nouveau en 2014. Cet effet est atténué par une reprise d'une partie du déficit 2012 de la branche maladie (4 Md€) et par le résultat 2013 de la branche AT-MP (+0,6 Md€).

quant à lui réduit de 2,3 Md€ en raison d'une reprise des déficits (10 Md€)⁸⁰ moins élevée que son résultat 2013 affecté en report à nouveau au 31 décembre 2014 (12,4 Md€).

L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre le passif⁸¹ et l'actif financiers⁸², a continué à augmenter (121,4 Md€ au 31 décembre 2014 contre 118 Md€ à fin 2013) et ce, à un rythme plus élevé que lors de l'exercice précédent (+2,9 % contre +1,6 % un an plus tôt) :

- l'endettement financier net du régime général a fortement augmenté (34,6 Md€ au 31 décembre 2014 contre 28,3 Md€ un an plus tôt, dont 30,1 Md€ et 23,7 Md€ respectivement portés par l'ACOSS⁸³), sous l'effet de l'accumulation des déficits des branches de prestations, repris seulement partiellement par la CADES ces dernières années et qui demeurent par conséquent financés par l'ACOSS, ainsi que sous l'effet du transfert à l'ACOSS du financement des déficits cumulés du régime agricole (MSA)⁸⁴ ;
- les autres régimes présentent un excédent de trésorerie nette de 8,1 Md€, en amélioration de 2,2 Md€ par rapport à l'exercice précédent, principalement sous l'effet de la réduction de l'endettement externe du régime agricole précédemment évoquée ;
- l'endettement financier net de la CADES a faiblement augmenté (133,3 Md€ au 31 décembre 2014 contre 132,9 Md€ un an plus tôt).

80. Le décret n° 2014-97 du 3 février 2014 a transféré à la CADES les déficits de la branche vieillesse et du FSV pour l'exercice 2013 (6 Md€) et une partie du déficit constaté de la branche maladie pour 2012 (à hauteur de 4 Md€, au regard d'un déficit 2012 d'un montant total de 5,85 Md€).

81. Pour l'essentiel, il s'agit de l'endettement social porté par la CADES et par l'ACOSS.

82. Les actifs financiers sont principalement détenus par le FRR (37,2 Md€), la CADES (8,7 Md€ au titre du préfinancement du remboursement d'emprunts) et le régime de retraites de la Banque de France (4,6 Md€).

83. À titre principal, l'endettement financier de l'ACOSS comprend des titres émis sur les marchés financiers (24,2 Md€) et un prêt à moyen terme souscrit auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations (6 Md€).

84. Une avance de l'ACOSS au régime agricole de 2,5 Md€ est venue se substituer fin 2014 à un crédit relais bancaire de 1,7 Md€ contracté par la CCMSA. Cette avance « intra-périmètre » du tableau patrimonial qui figure en dette d'exploitation au bilan du régime agricole est neutralisée dans le cadre du tableau patrimonial, mais vient accroître l'endettement financier de l'ACOSS et, ce faisant, du régime général.

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 régimes de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse par leurs auditeurs externes (Cour s'agissant des branches et de l'activité de recouvrement du régime général et commissaires aux comptes pour les autres régimes, le fonds de solidarité vieillesse, la caisse d'amortissement de la dette sociale et le fonds de réserve pour les retraites).

*

* *

En application du 2° du VIII de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur le projet de tableau patrimonial au 31 décembre 2014, 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 2016 ainsi que sur les éléments d'information qui seront intégrés aux annexes A et 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour cette même année.

À l'issue de ces vérifications et au regard des éléments d'information qui lui ont été communiqués par la direction de la sécurité sociale, la Cour estime que le tableau patrimonial qui sera soumis à l'approbation du Parlement à l'article 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2014, en exprimant cependant les deux observations suivantes :

1. Malgré des améliorations à leur justification, 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 d'invalidité – décès qui n'en relèvent pas (voir C – 1 – *infra*) ;

2. les opinions exprimées par la Cour et par les commissaires aux comptes continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau patrimonial 2014, en raison notamment des insuffisances des dispositifs de contrôle interne et de la persistance de difficultés comptables (voir C – 2 – *infra*).

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

- les dettes comptabilisées par le fonds de réserve pour les retraites (FRR) à l'égard de la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) (21 Md€ au 31 décembre 2014)⁸⁶ ont été réintégrées à ses capitaux propres, en l'espèce les « dotations »⁸⁷, compte tenu de l'absence de comptabilisation par la CADES de créances réciproques sur le FRR⁸⁸. 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 comptable⁸⁹, le FRR comptabilise ses actifs financiers à une valeur de marché (35,9 Md€ au 31 décembre 2014) et, dans ses capitaux propres, un écart positif d'estimation par rapport au coût d'acquisition des actifs en question (3,4 Md€) ;

86. 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.

87. 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.

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

89. 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€. Cette caisse nationale l'a elle-même reversée au FRR, qui en assure la gestion jusqu'en 2020⁹⁰. 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 (4,4 Md€ au 31 décembre 2014), tandis que celle-ci comptabilise à sa valeur nominale la soulte dont la gestion financière a été confiée au FRR (soit 3,1 Md€ au 31 décembre 2014). Dans le tableau patrimonial, la différence entre les montants inscrits en comptabilité par la CNAVTS et par le FRR (soit 1,4 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)⁹¹.

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

1 - Une ventilation encore imparfaitement assurée du bilan du RSI entre les régimes de base intégrés au tableau patrimonial et les régimes complémentaires

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) et le régime agricole (mutualité sociale agricole ou MSA) ont conduit la direction de la sécurité sociale à retenir respectivement 5,1 Md€ (sur un bilan total de 20,5 Md€ au 31 décembre 2014) et 6,1 Md€ (sur un bilan total de 6,7 Md€ au 31 décembre 2014) d'actifs et de passifs au titre des régimes de base maladie et vieillesse intégrés au tableau patrimonial.

90. Le HCICOSS a défini en 2005 le traitement comptable de cette opération, révisé en 2009 au titre des comptes 2008.

91. Dont les missions ont depuis lors été confiées au conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP).

Si des améliorations notables ont été apportées aux éléments de justification communiqués à la Cour⁹², le RSI continue à rencontrer des difficultés pour isoler, au sein de son bilan 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 (d'un montant agrégé de 149 M€) entre les montants totaux de l'actif et du passif des régimes de base que compense un déséquilibre de sens inverse entre ceux de l'actif et du passif du régime complémentaire.

Les anomalies comptables à l'origine de ce déséquilibre affectent la fiabilité des données intégrées au tableau patrimonial au titre des régimes de base du RSI.

2 - Les opinions exprimées par les auditeurs externes sur la qualité des comptes 2014

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 2014 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 à la même date⁹³.

Pour ce qui concerne les régimes et le fonds de solidarité vieillesse qui sont compris dans le champ des tableaux d'équilibre comme de celui du tableau patrimonial, il est renvoyé aux développements précédents sur les tableaux d'équilibre (voir I – C – 4. *supra*).

Au regard des opinions de certification avec réserves exprimées par la Cour sur les états financiers du régime général, de certification avec réserves exprimées par les commissaires aux comptes sur ceux d'autres régimes (RSI, régime agricole, régime des mines, ENIM et CNAVPL), la fiabilité des données comptables intégrées au tableau patrimonial est imparfaitement assurée pour ce qui concerne notamment les estimations

92. Notes méthodologiques, balance générale ventilée par régimes et tableau de passage entre les bilans par régimes et le bilan combiné.

93. 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*, p. 25, octobre 2014, la Documentation française, 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.

comptables relatives à l'actif circulant (évaluation des dépréciations de créances, des produits à recevoir et des charges à payer) et aux provisions pour risques et charges.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

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 2016 fournissent une image cohérente du résultat et de la situation patrimoniale des entités comprises dans leurs périmètres.

S'agissant du tableau patrimonial relatif au dernier exercice clos (2014), la Cour estime que le projet qui lui a été communiqué, ainsi que les informations détaillées et précises sur la nature et l'évolution des actifs et passifs qui figureront à l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, permettent d'éclairer dûment le Parlement sur les données soumises à son approbation.

En revanche, les limites relatives aux tableaux d'équilibre et soulignées à plusieurs reprises par la Cour perdurent. L'absence d'éclairage dans l'annexe 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 sur la consistance et l'évolution des recettes et des dépenses et la persistance de contractions de produits et de charges, en contrariété avec les principes comptables généraux, ne permettent pas au Parlement de disposer d'une information appropriée pour l'adoption des tableaux d'équilibre.

La Cour rappelle à nouveau que les informations contenues dans les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale, répondent à un objet, à un niveau de détail et à un mode d'exposition distincts de ceux propres à des annexes à des lois de financement et ne permettent pas de compenser l'absence de communication au Parlement d'une information de synthèse sur la formation des résultats des régimes obligatoires de base, du régime général et du fonds de solidarité vieillesse.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

5. supprimer le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes de sécurité sociale et intégrer une rubrique propre au fonds de solidarité vieillesse (FSV) dans les tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale d'une part et du régime général de sécurité sociale d'autre part (recommandation réitérée) ;

6. assurer l'information du Parlement sur la formation des résultats retracés par les tableaux d'équilibre en intégrant à l'annexe 4 au projet de loi de financement des informations littéraires et chiffrées détaillées sur la

consistance et l'évolution des produits (« recettes ») et des charges (« dépenses »), sur le modèle de l'annexe 9 au PLFSS pour ce qui concerne le tableau patrimonial (recommandation réitérée) ;

7. mettre fin sans délai aux contractions de produits et de charges dans les tableaux d'équilibre, en contrariété avec le 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	
<i>Chambre de commerce et d'industrie de Paris (intégré au régime général)*</i>	X		
Ex-SEITA*		X	
<i>Régime des chemins de fer secondaires (intégré au régime général)*</i>		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	

*Régime en voie d'extinction.

Source : Cour des comptes, à partir de la liste des régimes annexée au PLFSS 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**

PRÉSENTATION

Institué par la loi organique du 22 juillet 1996, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) représente près des trois quarts de la dépense courante de santé.

L'ONDAM est un outil de pilotage de la dépense, sans pour autant en constituer, juridiquement, un plafond. Pour l'exercice 2014, le montant de l'ONDAM adopté par le Parlement dans le cadre de la loi de financement initiale s'élevait à 179,1 Md€, avant d'être ramené par la loi de financement rectificative d'août 2014 à 178,3 Md€, l'ONDAM 2013 qui lui sert d'assiette ayant été très significativement sous-exécuté. En loi de financement initiale comme en loi de financement rectificative, cette enveloppe prévisionnelle correspondait à un taux de progression de +2,4 %, après +2,7 % en 2013 et +2,5 % en 2012.

Dans le cadre de ce chapitre, la Cour analyse l'exécution de l'ONDAM par rapport aux objectifs adoptés par le Parlement dans le cadre des lois de financement initiale et rectificative de 2014 et de la loi de financement initiale pour 2015⁹⁴.

En 2014, des progrès sensibles ont été réalisés dans la construction de l'ONDAM. En particulier, conformément aux recommandations réitérées de la Cour, des ajustements ont été apportés à la base de référence de l'objectif afin de remédier à sa surestimation croissante. Malgré cette évolution, l'ONDAM a été respecté pour la cinquième année consécutive. La dépense constatée est inférieure de 425 M€ à l'objectif fixé.

Toutefois, le respect d'un ONDAM au taux de progression moins élevé ne s'est pas accompagné d'une décélération des dépenses. Bien au contraire, la croissance des dépenses d'assurance maladie a été plus vive en 2014 (+2,4 %, contre +2,2 % en 2013). Ces dépenses représentent une part croissante de la richesse nationale (8,3 % en 2014, contre 7,7 % en 2008), tandis que le déficit de la branche maladie du régime général (-6,5 Md€ en 2014, soit la moitié des déficits sociaux), reste considérable.

Si des progrès ont été apportés à la construction de l'ONDAM, des faiblesses persistantes demeurent cependant (I). Alors même que l'inflation a été très faible, la tenue de l'ONDAM ne s'est pas accompagnée d'un ralentissement du rythme de progression des dépenses (II). Le respect des objectifs de progression fixés pour les années 2015 à 2017, en net resserrement, apparaît ainsi conditionné à l'adoption de mesures d'économies structurelles (III).

94. À objectif inchangé par rapport à la loi de financement rectificative d'août 2014 (soit 178,3 Md€), la loi de financement pour 2015 a modifié dans sa partie rectificative portant sur 2014 sa répartition par sous-objectifs.

I - L'ONDAM 2014 : des progrès notables dans la construction, mais des faiblesses persistantes

A - Un ralentissement progressivement accentué de la croissance de l'ONDAM voté

1 - Un net resserrement de l'objectif en 2014

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), à caractère prévisionnel, de l'ensemble des régimes obligatoires de base a été fixé à 179,1 Md€ par la loi de financement initiale de la sécurité sociale pour 2014 du 23 décembre 2013, puis abaissé en cours d'année à 178,3 Md€ par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale du 8 août 2014.

Tableau n° 32 : évolution de l'ONDAM voté depuis 2010

	<i>En Md€</i>					
	2010	2011	2012	2013	2014	2014*
ONDAM voté	162,4	167,1	171,1	175,4	179,1	178,3
Objectif d'évolution de l'ONDAM ⁹⁵	+3,0 %	+2,9 %	+2,5 %	+2,7 %	+2,4 %	+2,4 %

* *LFSS rectificative.*

Source : lois de financement de la sécurité sociale.

Le niveau de l'ONDAM voté correspond à un objectif de progression des dépenses de + 2,4 %, en baisse par rapport aux exercices précédents. Ce taux est inférieur de 0,2 point, conformément aux recommandations de la Cour⁹⁶, au taux de +2,6 % initialement retenu pour 2014 par la loi du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017. Après le ressaut constaté en 2013, il reprend ainsi un mouvement de baisse tendancielle.

95. L'objectif d'évolution ainsi indiqué ne se rapporte pas à l'ONDAM voté l'année précédente, mais à une base de référence correspondant à une prévision de dépenses actualisée sur le même périmètre de dépenses ou, le cas échéant, sur un périmètre modifié.

96. 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. 85-111, septembre 2013, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

2 - Des sous-objectifs votés en progression ralentie pour 2014

À la suite de la création d'un nouveau sous-objectif se rapportant aux dépenses du fonds d'intervention régional (FIR) géré par les agences régionales de santé⁹⁷, l'ONDAM a compté pour la première fois en 2014 sept sous-objectifs, présentés dans le tableau ci-après.

Les sous-objectifs relatifs aux dépenses de soins de ville, aux dépenses des établissements de santé et aux dépenses en établissements et services médico-sociaux constituent les composantes essentielles de l'ONDAM, dont ils représentent 97 % du montant des dépenses.

La création d'un 7^{ème} sous-objectif relatif aux dépenses du fonds d'intervention régional (FIR)

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a créé un nouveau sous-objectif se rapportant aux dépenses du FIR financées par des dotations des régimes obligatoires d'assurance maladie à hauteur de 3,2 Md€. Ces crédits étaient précédemment rattachés, pour l'essentiel, à l'ONDAM hospitalier.

La création de ce 7^{ème} sous-objectif au sein de l'ONDAM a pour objet de donner une plus grande visibilité au pilotage financier par les agences régionales de santé (ARS) de ce fonds dont l'enveloppe a beaucoup augmenté depuis 2012. Le pilotage des crédits par les ARS est assoupli par la possibilité de procéder à des transferts de crédits entre la dotation annuelle de financement et le FIR, dans une proportion toutefois limitée à 1 % du montant régional des enveloppes concernées⁹⁸.

Dans la loi de financement initiale pour 2014, les objectifs d'évolution des dépenses relatives aux soins de ville et aux établissements de santé ont été fixés respectivement à +2,4 % et à +2,3 %⁹⁹, soit un niveau voisin de l'objectif global et inférieur à ceux retenus pour 2013 (soit +2,6 %). Comme l'avait recommandé la Cour¹⁰⁰ et contrairement à l'année précédente, ces niveaux ont amorcé un mouvement de différenciation entre les deux secteurs.

97. Voir chapitre V du présent rapport : vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins, p. 185-216.

98. Voir chapitre VI du présent rapport : la stratégie et le pilotage central de l'organisation du système de soins : une refonte nécessaire, p. 217-244.

99. Moyenne des taux d'évolution cible des établissements de santé tarifés à l'activité (2,64 %) et des autres dépenses relatives aux établissements de santé (1,28 %).

100. 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, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Tableau n° 33 : structure de l'ONDAM 2014 voté en loi de financement 2014 et taux d'évolution cible des sous-objectifs et postes de dépenses

Sous-Objectifs	Composantes	LFSS 2014		LFSS 2013		
		Montant de dépenses voté (Md€)	Taux d'évolution voté (%)	Taux d'évolution voté (%)		
Soins de ville	Honoraires médicaux	21,0	81,1	2,7	+2,4	+2,6
	Honoraires paramédicaux	11,1		5,0		
	Laboratoires	3,5		-		
	Transports des malades	4,1		3,1		
	Médicaments	22,5		0,8		
	Dispositifs médicaux	5,7		2,7		
	Indemnités journalières	9,9		2,7		
	Autres dépenses	3,4		2,4		
Établissements de santé tarifés à l'activité	Dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCOO) pour les hôpitaux, les établissements de santé privé d'intérêt collectif et les cliniques privées	49,4	55,6	2,7	+2,6	+2,4
	Dotations pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) pour les hôpitaux, les établissements de santé privés d'intérêt collectif et les cliniques privées	6,1		2,4		
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	Dépenses de soins de suite, de réadaptation et de psychiatrie pour les établissements privés	2,8	19,9	2,9	+1,3	+3,1
	Dotations annuelles de financement (DAF) - pour l'activité de psychiatrie - pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) - pour les unités de soins de longue durée - pour les établissements de Mayotte et de Saint-Pierre et Miquelon	16,6		1,7		
	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)	0,3		-28,9		
	Dépenses non régulées	0,2		-		
Établissements médico-sociaux ¹⁰¹	Établissements et services pour les personnes âgées	8,6	17,6	2,9	+3,0	4,0
	Établissements et services pour les personnes handicapées	9,0		3,2		
Fonds d'intervention régional	Fonds d'intervention régional		3,2		+3,2	Non applicable
Autres prises en charge	Dépenses médico-sociales non prises en charge par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (addictologie)	0,5	1,7	2,5	+5,6	+5,9
	Dépenses de soins d'assurés français à l'étranger	0,6		6,0		
	ex-FIQCS	0,1		37,0		
	Dotations aux fonds	0,5		5,2		
Total		179,1		+2,4		+2,7

Source : direction de la sécurité sociale.

101. Les dotations relatives respectivement aux personnes âgées et aux personnes handicapées constituent deux sous-objectifs distincts de l'ONDAM.

a) L'enveloppe des soins de ville

Dans l'ONDAM voté pour 2014, l'enveloppe affectée aux dépenses de soins de ville augmentait de +2,4 %, portée par la croissance toujours vive des honoraires paramédicaux (+5 %) et des dépenses de transport sanitaire (+3,1 %) dont le dynamisme résultait principalement de l'accroissement des prescriptions hospitalières de transport. Par ailleurs, les dépenses d'indemnités journalières, de dispositifs médicaux et d'honoraires médicaux connaissaient une progression également soutenue de +2,7 %.

b) L'enveloppe des établissements de santé

L'enveloppe allouée aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique¹⁰², progressait, tous secteurs confondus, de +2,7 %. Cette augmentation se différenciait entre une progression de +3 % pour les établissements du secteur public et de +1,7 % pour les cliniques, en raison de volumes prévisionnels d'activité différents pour le secteur public (+2,8 %) et le secteur privé lucratif (+2 %) et de tarifs stables en moyenne pour le secteur public, mais en baisse moyenne de -0,24 % pour le secteur privé lucratif.

Pour les activités de soins de suite, de réadaptation et de psychiatrie, le taux de progression de l'enveloppe globale était de +1,9 % avec, toutefois, une différence marquée entre les secteurs. Si l'enveloppe allouée au secteur public progressait de +1,7 %, celle du secteur privé lucratif, financé en prix de journée, augmentait de +2,9 %, accompagnant ainsi la croissance prévisionnelle de l'activité.

c) L'enveloppe du secteur médico-social

L'ONDAM médico-social, constitué par la contribution des régimes d'assurance maladie aux dépenses des établissements et services pour les personnes âgées et les personnes handicapées, augmentait de +3 % (contre +4 % en 2013). L'écart de progression entre l'ONDAM global et l'ONDAM médico-social s'est ainsi notablement réduit en 2014.

102. Objectif national des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique, hors enveloppe allouée aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

d) L'enveloppe des « autres prises en charge »

Avec une enveloppe de 1,7 Md€, le sous-objectif relatif aux « autres prises en charge » connaissait, en revanche, une croissance très supérieure à celle de l'ONDAM global, avec un taux d'évolution cible de +5,6 %. Celle-ci provient, pour l'essentiel, de l'augmentation de plus de 26 % de l'enveloppe allouée à l'organisme assurant la gestion financière des actions de développement professionnel continu des professionnels libéraux de santé, arrêtée à 143 M€ et de la hausse prévisionnelle de +6 % des remboursements de dépenses de soins exposées par des assurés français à l'étranger, estimés à 612 M€¹⁰³.

B - Un recalage important de la base de référence sur l'exécution provisoire des dépenses de 2013

La construction de l'ONDAM

La construction de l'objectif de dépenses pour l'année à venir comporte plusieurs étapes. Le point de départ est le montant par sous-objectif arrêté pour l'année en cours, réactualisé le cas échéant en fonction de nouvelles prévisions et rectifié pour tenir compte des changements de périmètre. À la base ainsi fixée pour chaque sous-objectif, est appliqué un taux d'évolution correspondant à l'évaluation de la hausse tendancielle des dépenses, c'est-à-dire avant les mesures nouvelles. Les dépenses totales estimées pour l'année à venir sont ensuite minorées des économies programmées afin d'atteindre, pour chaque sous-objectif, le taux souhaité de progression des dépenses.

Lorsque la base des dépenses prise en compte lors du vote de l'ONDAM de l'année n est supérieure au montant des dépenses réellement constatées pour l'année n-1, l'exécution de l'ONDAM s'en trouve facilitée.

La Cour a mis en évidence depuis plusieurs années l'incidence sans cesse croissante de cet « effet base », tout particulièrement dans son

103. Cette augmentation traduit l'incidence d'une meilleure estimation des provisions relatives aux soins non encore facturés par les pays tiers et d'évolutions réglementaires (notamment le règlement européen n° 987/09) qui tendent à accélérer le rythme de facturation des pays partenaires. À ce jour, la CNAMTS n'a pas mis en place de suivi analytique de l'évolution des actes remboursés.

rapport 2014¹⁰⁴. La surévaluation de la base de l'année 2013, à hauteur de 1,4 Md€, avait notamment permis d'afficher un respect apparent de l'objectif alors que les dépenses réelles avaient crû à un rythme soutenu.

Contrairement à la pratique suivie au titre des années antérieures et conformément aux recommandations de la Cour, la base de l'ONDAM 2014 a été ajustée au niveau réel des dépenses de l'exercice 2013. Une double correction a été effectuée à hauteur de 1,4 Md€ au total afin de tenir compte d'un écart négatif d'exécution prévisible de l'ONDAM 2013 : d'abord en loi de financement initiale (-650 M€), puis à nouveau en loi de financement rectificative (-750 M€).

Ce « re-basage » important a constitué un progrès substantiel, qui a permis une construction plus rigoureuse de l'ONDAM et a impliqué une exécution plus contraignante de ce dernier. Dans le cadre de la loi de financement rectificative, à taux de progression de l'ONDAM inchangé à +2,4 %, la correction de la base 2014 de 750 M€ s'est traduite par un resserrement de l'ONDAM voté de 765 M€, affectant les dépenses de soins de ville (407 M€) et celles des établissements de santé (225 M€).

Tableau n° 34 : recalage de la base de référence de l'ONDAM 2014

En Md€

	LFSS 2014	LFRSS 2014	Effet base résiduel
Objectif 2013	175,45	175,45	-
Base 2014 initiale (LFSS)	174,80	-	-
Base 2014 définitive (LFRSS)	-	174,05	174,05
ONDAM 2013 définitif	-	-	173,68
Correction de l'effet base	-0,65	-1,40	0,37

Source : Cour des comptes.

À l'issue de cette double correction, a néanmoins subsisté dans la construction de l'ONDAM 2014 un effet base résiduel, de l'ordre de 370 M€¹⁰⁵, lié à la surestimation du montant des provisions

104. 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, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

105. Ce montant représente 0,2 % de la base 2014 définitive.

comptabilisées à fin 2013 au regard de leur dénouement constaté en 2014¹⁰⁶.

C - Un périmètre modifié en 2014, mais encore incomplet

1 - Un périmètre plus cohérent

Comme les années précédentes, plusieurs changements de périmètre ont été apportés à l'ONDAM. Si leur effet net est faible (13 M€), plusieurs dépenses retirées ou intégrées au périmètre de l'ONDAM portent sur des montants significatifs, très supérieurs à ceux des années précédentes.

Tableau n° 35 : incidence des modifications de périmètre sur le montant prévisionnel des dépenses intégrées à l'ONDAM de 2012 à 2014

Opérations sur la base	2012		2013		2014	
	M€	%	M€	%	M€	%
Soins de ville	-19	-	-27	-	-704	-0,9
<i>Sous total établissements de santé</i>	<i>-107</i>	<i>-0,1</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-2 645</i>	<i>-3,5</i>
<i>FIR</i>					<i>+3 101</i>	
Total établissements de santé + FIR					+456	
Établissements et services médico-sociaux	-2	-	-28	-0,2	-18	-0,1
Autres prises en charge	-	-	+55	+4,7	+280	+21,1
Total	-128	-0,1	-	-	+13	-

Source : direction de la sécurité sociale.

En dehors de la création du 7^{ème} sous-objectif relatif au FIR, les principales modifications de périmètre concernent les sous-objectifs « dépenses de soins de ville » et « autres prises en charge ».

106. L'excès de provisions ainsi constaté concerne principalement le champ des soins de ville, pour un montant de 204 M€ (dont 84 M€ sur les dépenses de médicaments) et le champ hospitalier, pour un montant de 176 M€ (dont 119 M€ au titre des activités de soins en médecine, chirurgie et obstétrique des secteurs public et privé).

Comme la Cour l'avait recommandé¹⁰⁷, les dépenses relatives au maintien de salaires pendant la durée de leur arrêt de travail au bénéfice des fonctionnaires et des agents de la SNCF et de la RATP (557 M€ en 2013) ont été retirées du champ de l'ONDAM, puisqu'il ne s'agit pas d'indemnités journalières à la charge des régimes d'assurance maladie.

En sens inverse et comme la Cour l'avait aussi recommandé¹⁰⁸, les dotations versées à des établissements publics de l'État¹⁰⁹ (483 M€ en 2013) ont été intégrées au sous-objectif de l'ONDAM relatif aux « autres prises en charge ». Cette modification du périmètre de l'ONDAM a élargi le champ des régulations qui concourent à assurer le respect de l'ONDAM en cours d'année (voir *infra*).

2 - Un périmètre encore incomplet

Les modifications intervenues en 2014 améliorent la cohérence de l'ONDAM. Le périmètre des dépenses suivies dans l'ONDAM demeure toutefois incomplet.

Ainsi, les dépenses d'indemnités journalières de maternité et de paternité, dont le montant (3 Md€ pour le seul régime général) justifie un suivi rigoureux de leur évolution, ne sont toujours pas intégrées à ce dernier, contrairement aux recommandations de la Cour¹¹⁰.

Par ailleurs, l'ONDAM ne comprend pas certaines charges supportées par les régimes d'assurance maladie en lien avec des prestations. Il en va ainsi des dépréciations de créances détenues sur les organismes étrangers de sécurité sociale au titre du remboursement des

107. 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 arrêts de travail et les indemnités journalières au titre de la maladie*, juillet 2012, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

108. Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, Les dépenses de l'assurance maladie hors prise en charge des soins*, novembre 2011, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

109. Comme l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, l'agence de la biomédecine, l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé ou l'organisme assurant la gestion financière des actions de développement professionnel continu des professionnels libéraux de santé.

110. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre XIII : l'assurance maternité : une place à clarifier, p. 379-403, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

dépenses de santé exposées en France par des assurés résidant à l'étranger.

D - Des faiblesses récurrentes dans l'évaluation de l'évolution tendancielle des dépenses et des économies

Le montant des économies à réaliser afin d'atteindre l'objectif prévisionnel de dépenses est déterminé à partir d'une estimation de l'évolution tendancielle des dépenses entrant dans le champ de l'objectif.

L'évolution tendancielle des dépenses prévue dans la construction de l'ONDAM 2014 est identique à celle estimée en 2013, soit un taux de progression de +3,8 %. Elle est principalement portée par le rythme toujours soutenu de progression des dépenses de soins de ville (+4 % en 2014 contre + 4,1 % en 2013) et des dépenses d'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique (+ 3,5 % en 2014 contre + 3,4 % en 2013), qui ne connaît pas d'infléchissement.

Des fragilités majeures, soulignées à plusieurs reprises par la Cour, affectent de manière récurrente l'estimation de l'évolution tendancielle des dépenses de soins de ville ¹¹¹ et des dépenses hospitalières¹¹².

La surestimation des tendancielles - qui résulte notamment des progressions fortes des dépenses des exercices antérieurs - tend à surévaluer les efforts à accomplir et les économies effectivement réalisées. En sens inverse, leur sous-estimation - liée à une mauvaise anticipation de facteurs haussiers - est susceptible de compromettre le respect de l'objectif fixé.

111. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre VI : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster, p. 201-613, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

112. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre VI : la fixation de l'enveloppe des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM, p. 173-198, septembre 2013, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

L'évaluation tendancielle des dépenses pour les soins de ville et les établissements de santé

S'agissant des soins de ville, pour chaque poste, les tendanciel de dépenses sont construits, pour l'essentiel, sur la base d'une analyse rétrospective des dépenses depuis 1994 visant à estimer l'augmentation des dépenses des vingt-trois mois à venir¹¹³. L'étendue de l'horizon sur lequel les dépenses sont estimées et la multiplicité des facteurs à l'origine de leur évolution (innovations thérapeutiques, pratiques de prescription, situation épidémiologique...) expliquent pour partie les erreurs de prévisions constatées.

Pour l'essentiel, les erreurs de prévision constatées au titre de 2014 ont porté sur les dépenses de médicaments rétrocedés¹¹⁴ et les indemnités journalières. Les montants de dépenses de médicaments rétrocedés destinés au traitement de l'hépatite C (1,2 Md€ en 2014) et des remises associées (580 M€) n'ont pas été prévus dans le cadre de la construction de l'ONDAM 2014. Par ailleurs, la hausse des dépenses d'indemnités journalières en 2014 (420 M€) a été sous-évaluée d'environ 100 M€. Le modèle utilisé par la CNAMTS ne dispose, comme la Cour l'a déjà souligné, que d'une faible capacité explicative et prédictive de ce dernier poste de dépenses.

La construction de l'ONDAM hospitalier consiste à prévoir l'évolution des charges des établissements, afin d'ajuster au mieux les niveaux des économies à atteindre et des différentes enveloppes de financement (tarifs des prestations d'hospitalisation, dotations annuelles de financement, dotations MIGAC¹¹⁵...). Avant mesures d'économies, la prévision de l'évolution des charges des établissements repose principalement sur une estimation de l'augmentation de leurs charges de personnel et extérieures¹¹⁶, qui demeure affectée par des incertitudes.

113. Au moment de la prévision des tendanciel de l'ONDAM 2014 (printemps 2013), seuls les remboursements au titre des soins du mois de janvier 2013 étaient connus avec une précision suffisante.

114. Les médicaments rétrocedés sont délivrés par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé car ils nécessitent un suivi de la prescription ou de la délivrance compte tenu de contraintes particulières de distribution, de dispensation ou d'administration.

115. Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (investissement, restructurations et le soutien aux établissements déficitaires, recherche...).

116. Charges à caractère médical, hôtelier et général.

Alors que les dépenses de personnel représentent environ 65 % des charges des établissements, la connaissance des déterminants de l'évolution de la masse salariale¹¹⁷ est encore très imparfaitement assurée, en raison notamment d'une évaluation imprécise de l'effet du glissement « vieillesse-technicité »¹¹⁸. L'estimation de l'incidence de l'évolution de l'activité hospitalière sur les autres charges des établissements (charges à caractère médical, charges hôtelières...) est fondée sur l'hypothèse, non documentée, qu'un surcroît d'activité d'un point engendre 0,34 point de charges. Selon de premières études réalisées en 2015, l'incidence réelle sur les charges extérieures d'une variation d'activité serait notablement plus forte que celle jusque-là estimée, ce qui impliquerait de prévoir des efforts plus importants d'économies, à enveloppes de financement constantes.

Tableau n° 36 : mesures d'économies de l'ONDAM 2014

En M€

Mesures d'économies		LFSS 2014	
Soins de ville	Effet report de mesures 2013 (hors baisses de prix de produits de santé)	90	1,8 Md€
	Baisses de tarifs professionnels libéraux (radiologues, biologistes)	130	
	Actions de maîtrise médicalisée des dépenses	600	
	Baisses de prix de dispositifs médicaux	70	
	Baisses de prix de médicaments	870	
	<i>dont baisses de prix de médicaments ayant perdu leur brevet</i>	245	
	<i>dont optimisation de la tarification des génériques</i>	165	
	<i>dont opérations de convergence de prix dans le répertoire selon les orientations ministérielles</i>	200	
	<i>dont baisses de prix de médicaments sous brevet</i>	260	
Établissements de santé	Baisses de prix de dispositifs médicaux	50	0,6 Md€
	Baisses de prix de médicaments	90	
	Efficiences à l'hôpital	440	
	<i>dont économies relatives aux achats</i>	300	
	<i>dont amélioration de l'efficacité et de la pertinence des prises en charge</i>	140	
ESMS	Abondement de l'OGD par prélèvement sur les réserves de la CNSA	70	0,1 Md€
Total ONDAM		2,4 Md€	

Source : annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

117. Effectif des établissements publics et privés, nombre d'agents rémunérés au SMIC, effet du GVT...

118. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre XIV : les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux, p. 409-445, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Dans le secteur des soins de ville, les économies les plus fortes étaient attendues de baisses de prix de médicaments de référence ou génériques (870 M€) et des effets sur les prescriptions des actions de maîtrise médicalisée (600 M€).

Les économies engendrées par les baisses de prix des médicaments sont assez aisément évaluables et attestées par la décroissance du marché des médicaments remboursables délivrés en officine. Des incertitudes importantes affectent, en revanche, l'évaluation des économies provenant des actions de maîtrise médicalisée, qui représentaient un tiers du montant total d'économies attendues sur les soins de ville et visent à diminuer les volumes des prescriptions de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux), d'actes médicaux, de transport ou d'arrêts de travail. La CNAMTS estime ces économies par différence entre le montant des dépenses effectivement réalisées pour chaque poste et celui des dépenses qui auraient, selon elle, été réalisées en l'absence d'actions de maîtrise médicalisée auprès des professionnels de santé. L'incertitude affectant cette dernière prévision est d'autant plus forte qu'à supposer que se constate en exécution un écart, les raisons n'en sont pas analysées *a posteriori*.

Tableau n° 37 : décomposition des mesures de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville dans l'ONDAM 2014

	<i>En M€</i>
	Objectif
Médicaments	320
Dispositifs médicaux	50
Biologie	20
Indemnités journalières	100
Transports	65
Kinésithérapeutes	45
Total	600

Source : CNAMTS.

Dans le secteur des établissements de santé, les économies programmées portaient principalement sur des mesures d'efficience (440 M€), résultant de la rationalisation des achats hospitaliers¹¹⁹, notamment par le biais de mutualisations et de l'amélioration de la pertinence des prises en charge. Ces économies ont été intégrées dans la construction de l'ONDAM et prises en compte dans la fixation des enveloppes de financement allouées aux établissements, sans que la méthodologie utilisée pour les évaluer soit précisée dans l'annexe 9 du

119. Performance hospitalière pour des achats responsables (programme PHARE).

projet de loi de financement annuel¹²⁰, contrairement aux préconisations de la Cour. Dans l'hypothèse où elles ne seraient pas réalisées par les établissements, il en résulterait une dégradation du solde de cette catégorie d'administrations publiques, dont l'exécution de l'ONDAM, par construction, ne rend pas compte.

II - Une progression effective des dépenses toujours soutenue, malgré le respect de l'ONDAM

A - Des dépenses qui restent très dynamiques

1 - Une forte augmentation nominale et, plus encore, en termes réels de l'ONDAM exécuté

En 2014, les dépenses comprises dans le champ de l'ONDAM¹²¹ ont augmenté de 4,2 Md€, soit +2,4 % par rapport à 2013 où leur progression a été de +2,2 %¹²².

120. Qui a notamment pour objet de décrire l'impact des mesures nouvelles sur les comptes.

121. Données provisoires, avant dénouement des provisions comptabilisées à fin 2014.

122. Données définitives, après dénouement des provisions comptabilisées à fin 2013.

Tableau n° 38 : évolution de l'ONDAM exécuté entre 2013 et 2014

En Md€

Sous-objectifs 2014	Exécuté 2013 (définitif)	Exécuté 2014 (provisoire)	Variation 2013-2014	Variation en %
Soins de ville	78 560	80 829	+2 269	+2,9
Établissements de santé tarifés à l'activité	54 176	55 379	+1 203	+2,2
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19 348	19 393	+45	+0,2
Sous-total établissements de santé	73 524	74 771	+1 247	+1,7
FIR	2 875	3 048	+173	+6,0
Total établissements de santé + FIR	76 399	77 819	+1 420	+1,9
Établissements et services pour les personnes âgées	8 370	8 515	+145	+1,7
Établissements et services pour les personnes handicapées	8 736	8 975	+239	+2,7
Total ESMS	17 106	17 490	+384	+2,2
Autres prises en charge	1 615	1 727	+112	+7,0
Total	173 680	177 866	+4 186	+2,4

Source : Cour des comptes.

Si le taux de progression des dépenses par rapport à 2013 est conforme à l'objectif fixé, l'augmentation des dépenses comprises dans le champ de l'ONDAM atteint toutefois son niveau le plus élevé depuis 2011 et est trois fois supérieure à celle du PIB en valeur.

Tableau n° 39 : évolution de l'ONDAM exécuté, du produit intérieur brut en valeur et de l'inflation de 2010 à 2014

En %

	2010	2011	2012	2013	2014
Taux de croissance de l'ONDAM exécuté	2,20	2,76	2,23	2,16	2,41
Taux d'évolution du PIB en valeur	3,07	3,04	1,34	1,42	0,75
Taux de l'inflation	1,50	2,10	2,00	0,90	0,50
Part de l'ONDAM dans le PIB	8,10	8,08	8,15	8,20	8,34

Source : Cour des comptes.

L'augmentation des dépenses en 2014 apparaît d'autant plus forte qu'elle est intervenue dans un contexte pourtant favorable à la maîtrise des dépenses, compte tenu d'une part d'une très faible inflation (+0,5 %) et, d'autre part, de la poursuite du gel du point d'indice de la fonction

publique et de l'absence de revalorisations tarifaires en faveur des professions de santé.

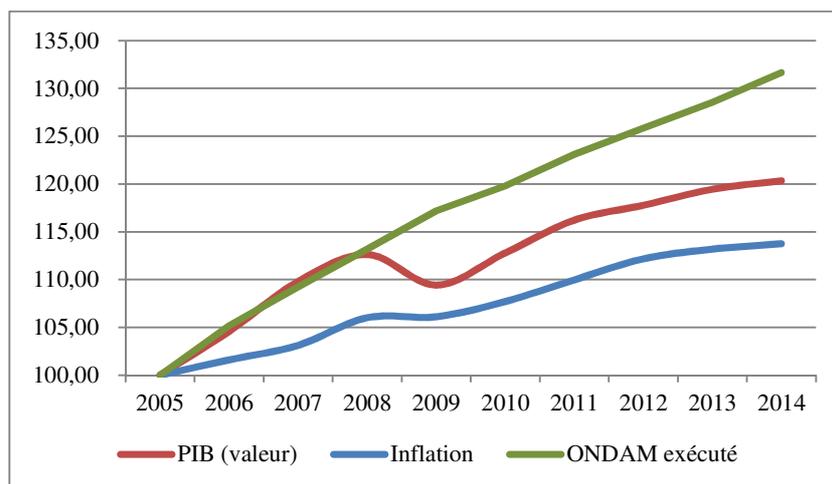
Inflation et ONDAM

À la différence des prestations d'assurance vieillesse et familiales, les prestations en nature de l'assurance maladie ne font pas l'objet d'une revalorisation périodique en fonction de l'indice des prix. Elles correspondent en effet à l'application de tarifs réglementés (médicaments, consultations, actes médicaux), dont l'évolution n'est pas corrélée à l'inflation. Les prestations en espèces, en particulier les indemnités journalières, sont assises sur les rémunérations d'activité, qui pour ce qui est des salaires, voient leur progression se ralentir en période de faible inflation.

Les revenus réels des professionnels de santé exerçant à titre libéral bénéficient de l'écart entre l'augmentation des dépenses de soins de ville prises en compte dans le cadre de l'ONDAM et l'inflation, tout particulièrement quand elle se ralentit. Lorsqu'il n'est pas entièrement anticipé, le ralentissement de l'inflation bénéficie également aux établissements hospitaliers et médico-sociaux. En effet, il induit une moindre augmentation de leurs charges externes que celle prise en compte pour évaluer l'évolution tendancielle des dépenses en vue de déterminer l'ONDAM hospitalier et l'ONDAM médico-social.

Le décalage entre l'augmentation de l'ONDAM et celle de la richesse nationale, quasi récurrent depuis 2008, se traduit par une augmentation significative de la part des dépenses d'assurance maladie dans le PIB, qui atteint 8,3 % en 2014, contre 7,7 % en 2008. Par ailleurs, elle alimente le déficit de la branche maladie du régime général (6,5 Md€ en 2014), qui représente à lui seul la moitié des déficits sociaux.

Graphique n° 5 : évolution comparée de l'ONDAM exécuté, de l'inflation et du PIB depuis 2005



Base 100 en 2005

Source : Cour des comptes.

2 - Des dépenses de soins de ville dont la croissance s'accélère

En 2014, l'augmentation des dépenses comprises dans le champ de l'ONDAM a été tirée par celle relative aux soins de ville. Leur augmentation, qui atteint +2,3 Md€, soit +2,9 %, représente plus de la moitié (54,7 %) de la hausse totale de l'ONDAM. Elle excède de beaucoup non seulement celles constatées pour 2012 et pour 2013 (+1,7 %), mais aussi l'objectif, plus élevé, fixé pour 2014 par la loi de financement initiale pour 2014 à +2,4 % et confirmé à ce même niveau par la loi de financement rectificative d'août 2014.

**Tableau n° 40 : évolution de l'ONDAM soins de ville exécuté
entre 2013 et 2014**

En M€

Composantes	Exécuté 2013 (définitif) ¹²³	Exécuté 2014 (provisoire)	Variation 2013-2014	Variation en %
Honoraires médicaux	16 855	17 367	+512	+3,0
Honoraires paramédicaux	10 472	10 990	+518	+4,9
Indemnités journalières	9 620	10 031	+411	+4,3
Médicaments	21 918	22 294	+376	+1,7
<i>Dépenses brutes</i>	<i>22 346</i>	<i>23 400</i>	<i>+1 054</i>	<i>+4,7</i>
<i>Remises</i> ¹²⁴	<i>- 428</i>	<i>-1 106</i>	<i>-678</i>	<i>+158,4</i>
Dispositifs médicaux	5 590	5 904	+315	+5,6
Transports des malades	3 969	4 074	+105	+2,6
Laboratoires	3 419	3 401	-18	-0,5
Dentistes	3 347	3 384	+37	+1,1
Autres	3 371	3 384	+13	+0,4
Total soins de ville	78 560	80 829	+2 269	+2,9

*2013 sur périmètre 2014.

Source : direction de la sécurité sociale.

Comme le montre le tableau qui précède, l'augmentation des dépenses du sous-objectif relatif aux soins de ville a été tirée essentiellement par quatre postes de dépenses : les médicaments, les honoraires paramédicaux, les dispositifs médicaux et les indemnités journalières.

La croissance des dépenses brutes relatives aux médicaments (+1,05 Md€, soit +4,7 %) reflète notamment la forte hausse des dépenses de médicaments rétrocédés par les pharmacies hospitalières, liée à l'arrivée de nouveaux traitements très coûteux¹²⁵ de l'hépatite C inscrits sur la liste de rétrocession. Si des dispositions ont été adoptées afin d'en limiter le coût pour les régimes d'assurance maladie (voir encadré *infra*), la charge nette des remboursements en question a atteint environ 560 M€ en 2014¹²⁶ et a contribué à elle seule à hauteur de 0,7 point à l'augmentation des dépenses de soins de ville.

123. Exécuté 2013 après neutralisation des changements de périmètre de 2014.

124. Dans le cadre du suivi de l'ONDAM, le montant des remises conventionnelles sur les médicaments et les dispositifs médicaux est intégralement imputé aux médicaments.

125. Le coût par patient du traitement peut atteindre 40 000 €.

126. Le montant brut des remboursements est légèrement inférieur à 1,2 Md€.

Le niveau exceptionnel des remises sur les médicaments et les dispositifs médicaux dans le cadre de l'exécution 2014 de l'ONDAM

Au sein du sous-objectif relatif aux dépenses de soins de ville, les remises sur les médicaments et les dispositifs médicaux acquittées par les entreprises pharmaceutiques viennent minorer les dépenses relatives aux médicaments. En 2014, le montant de ces remises s'est inscrit à un niveau exceptionnellement élevé de 1 106 M€, contre 428 M€ en 2013, soit une augmentation de +158,4 %.

Les remises conventionnelles constituent le premier type de remises dues par les entreprises pharmaceutiques au titre de conventions particulières applicables à des médicaments, conclues avec le comité économique des produits de santé (CEPS). Des « crédits de remise » peuvent s'imputer sur le montant brut des remises convenues entre les parties, en application des dispositions de l'accord-cadre du 5 décembre 2012. En 2014, le montant net des remises conventionnelles s'est élevé à 520 M€ environ.

À ces remises conventionnelles se sont ajoutées en 2014 de nouvelles remises et des contributions acquittées par les laboratoires commercialisant les nouveaux médicaments destinés au traitement de l'hépatite C, soit 580 M€. Elles résultent de nouveaux dispositifs introduits par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2014 et pour 2015.

La loi de financement pour 2014 a limité le coût pour l'assurance maladie des nouveaux traitements de l'hépatite C sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU). En tant que médicaments nouveaux, leur prix est fixé librement par les entreprises pharmaceutiques, sous la forme d'une indemnité facturée aux établissements de santé, jusqu'à la décision du CEPS fixant leur tarif de remboursement. Les entreprises pharmaceutiques ont l'obligation de verser une remise calculée par différence entre le chiffre d'affaires facturé sur la base de l'indemnité maximale réclamée et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au tarif de remboursement fixé par le CEPS. Le produit de ces remises, calculé sur la base des ventes des laboratoires aux pharmacies hospitalières, a atteint 330 M€ en 2014.

En outre, la loi de financement pour 2015 a instauré une contribution dont sont redevables les entreprises commercialisant les nouveaux traitements de l'hépatite C, lorsque leur chiffre d'affaires hors taxes excède une enveloppe fixée à 450 M€ pour 2014. Chaque entreprise est redevable de cette contribution au *prorata* de son chiffre d'affaires. Un dispositif dérogatoire permet toutefois le versement de remises égales à 90 % du montant qui aurait été dû au titre de la contribution légale, pour les entreprises ayant signé un accord avec le CEPS. Les produits respectifs des contributions et remises ont atteint 175 M€ et 75 M€ en 2014.

Dans le cadre de l'exécution de l'ONDAM 2014, le produit des remises a été intégralement déduit des dépenses de soins de ville de l'année 2014, alors qu'une partie - non documentée auprès de la Cour -, des remises en question se rapporte à des médicaments qui ne seront

prescrits et remboursés qu'en 2015. Compte tenu de la réduction anticipée du produit des remises (766 M€ sont prévus au titre de l'ONDAM 2015), cette anticipation d'une partie des recettes par rapport aux dépenses qu'elles ont pour objet de couvrir pourrait peser sur les conditions d'exécution de l'ONDAM en 2015.

Malgré ce risque, le montant des remises prises en compte dans l'exécution de l'ONDAM 2014 incorpore un montant estimatif de 130 M€ de remises dont le montant effectif sera enregistré dans l'exercice comptable 2015 de la CNAMTS (voir *infra*).

Bien que la dépense correspondante n'ait pas excédé la prévision, les honoraires paramédicaux, qui se rapportent pour l'essentiel aux soins infirmiers (6,6 Md€) et aux soins de masso-kinésithérapie (3,6 Md€), ont enregistré une forte augmentation (+518 M€, soit +4,9 %) qui a contribué à elle seule à hauteur de 0,6 point à celle des dépenses de soins de ville. Comme le montre la Cour dans le cadre du présent rapport¹²⁷, la croissance accélérée de ces dépenses, qui est imparfaitement corrélée à des facteurs objectifs (vieillessement, développement des maladies chroniques), n'a suscité à ce jour aucune mesure significative de régulation de la part des pouvoirs publics.

Les dépenses de dispositifs médicaux ont connu une progression accélérée (+5,6 %, soit +315 M€), qui a nettement excédé la prévision (+2,7 %). Alors que les dispositifs médicaux représentent 7,3 % des dépenses de soins de ville, cette croissance a représenté à elle seule 14 % de celle des dépenses de soins de ville. Les baisses de prix de certains dispositifs médicaux ne compensent que très partiellement l'incidence de l'augmentation du volume des prescriptions sur la dépense totale. Dans son rapport 2014¹²⁸, la Cour a souligné la nécessité d'une régulation beaucoup plus rigoureuse, passant notamment par des baisses de tarifs beaucoup plus fortes et rapides et une mise en concurrence accrue pour les dispositifs standards.

127. Voir chapitre IX : les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai, p. 295-338.

128. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre X : les dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée, p. 291-318, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Après trois années de faible augmentation, les dépenses d'indemnités journalières ont enregistré une forte progression (+4,3 %, soit +411 M€), très supérieure à la prévision (+2,7 %), sous l'effet, après neutralisation des différences de situation épidémiologique entre les deux années 2013 et 2014, d'une augmentation du nombre de bénéficiaires d'arrêts de travail inférieurs à un an¹²⁹.

3 - Une évolution contrastée des dépenses relatives aux établissements de santé

Les dépenses relatives aux établissements de santé (74,8 Md€) comprennent des dépenses relatives aux établissements publics de santé, aux établissements privés à but non lucratif et aux établissements privés à but lucratif (cliniques). Dans la présentation de l'ONDAM, ces dépenses sont ventilées, selon leur mode de financement, dans deux sous-objectifs : les dépenses des établissements de santé (publics et privés) relevant de la tarification à l'activité et les autres dépenses relatives aux établissements de santé.

Le tableau ci-après détaille l'évolution des différentes catégories de dépenses entre 2013 et 2014 :

129. Rapport de la CNAMTS au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2016, 2 juillet 2015.

Tableau n° 41 : évolution de l'ONDAM hospitalier entre 2013 et 2014

En M€

	Exécuté 2013 (définitif)	Exécuté 2014 (provisoire)	Variation 2013-2014	Variation en %
ONDAM hospitalier par statut d'établissement				
Établissements publics	60 073	61 294	+1 221	+2,0
Activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)	37 835	39 079	+1 244	+3,3
<i>Part tarifs</i>	33 701	34 727	+1 026	+3,0
<i>Liste en sus</i>	3 062	3 254	+192	+6,3
<i>Forfaits</i> ¹³⁰	1 072	1 098	+26	+2,4
Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)	6 065	5 849	- 216	-3,6
Activités de psychiatrie (PSY), de soins de suite et de réadaptation (SSR) et des unités de soins de longue durée (USLD)	16 079	16 249	+170	+1,1
Autres établissements	94	117	+23	+24,5
Établissements privés	13 107	13 374	+ 267	+2,0
MCO	10 223	10 390	+167	+1,6
<i>Part tarifs</i>	8 795	8 983	+188	+2,1
<i>Liste en sus</i>	1 341	1 317	-24	-1,8
<i>Forfaits</i>	87	90	+3	+3,4
MIGAC	53	61	+8	+15,1
PSY et SSR	2 717	2 810	+93	+3,4
Autres établissements	114	113	-1	-0,9
Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)	343	103	-240	-70,0
ONDAM hospitalier par sous-objectifs				
Établissements de santé tarifés à l'activité MCO et MIGAC (public et privé)	54 176	55 379	+1 203	+2,2
Autres dépenses relatives aux établissements de santé PSY, SSR, USLD et FMESPP (public et privé)	19 348	19 393	+45	+0,2
Total	73 524	74 771	+1 247	+1,7

Source : direction générale de l'offre de soins.

130. Greffes, prélèvements d'organes et urgences.

En 2014, les dépenses de santé relatives aux établissements publics et aux établissements privés ont augmenté dans une mesure identique (+2 %). Ce taux de progression recouvre des évolutions différenciées entre les différentes catégories de dépenses.

Les dépenses relatives à la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ont enregistré une augmentation soutenue pour le secteur public et moins rapide pour le secteur privé¹³¹.

Celles du secteur privé ont enregistré une hausse modérée (+1,6 %), conforme à la prévision, sous l'effet d'une progression du volume d'activité (nombre de séjours et de séances) limitée à +1,5 % et d'une baisse moyenne des tarifs de -0,24 % dans le cadre de la campagne tarifaire 2014.

La progression de celles du secteur public (+3,3 %) a dépassé la prévision, sous l'effet notamment de l'augmentation rapide (+6,3 %) des dépenses relatives aux médicaments et aux dispositifs médicaux inscrits sur la « liste en sus ». Les radiations et les baisses de prix n'ont que partiellement compensé l'augmentation des volumes résultant des inscriptions nouvelles et des prescriptions. Dans son rapport 2014¹³², la Cour a souligné la nécessité d'une gestion plus rigoureuse de cette liste et exprimé plusieurs recommandations à cet effet.

L'augmentation des dépenses de MCO du secteur public liées à l'activité tarifée d'hospitalisation (+3,0 %) résulte principalement d'une croissance en volume (+2,6 %), mesurée par le nombre de séjours et leur degré de sévérité et d'une forte augmentation (+5,6 %) des dépenses au titre des actes et consultations externes¹³³, hors séjours.

Sur moyenne période, l'augmentation du volume d'activité des établissements du secteur public est sensiblement supérieure à celle du secteur privé à but lucratif, comme le montre le tableau ci-après :

131. Dans ces développements, le secteur public regroupe les établissements publics de santé (hôpitaux publics) et les établissements de statut privé à caractère non lucratif. Le secteur privé vise exclusivement les établissements à but lucratif (cliniques).

132. Cour des comptes, *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre X : les dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée, p. 291-318, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

133. 3,7 Md€ en 2014.

Tableau n° 42 : évolution du volume d'activité en MCO depuis 2010*En %*

Évolution du volume d'activité (nombre de séjours et séances)	2010	2011	2012	2013	2014
Secteur public	+3,1	+3,0	+3,1	+2,1	+2,6
Secteur privé à but lucratif	+1,2	+1,8	+1,0	+0,3	+1,5

Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

Contrairement aux dépenses de MCO, les dotations relatives aux MIGAC ont baissé en valeur absolue par rapport à 2013 (-216 M€, soit une baisse de -3,6 %). Par ailleurs, les dotations allouées aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation du secteur public ont augmenté moins fortement (+1,1 %) que les dépenses du secteur privé à but lucratif ayant le même objet (+3,4 %). Ces constats ont pour origine la mise en œuvre, en cours d'année, de mesures de régulation des dotations allouées au secteur public afin d'assurer le respect de l'ONDAM global (voir *infra*).

Pour une part, l'augmentation ralentie des dépenses du sous-objectif de l'ONDAM relatif aux établissements et services médico-sociaux (+2,2 %), notamment de ceux accueillant des personnes âgées (+1,7 %), reflète également l'incidence de mesures de régulation infra-annuelles (voir *infra*).

B - Un ONDAM 2014 respecté au moyen d'ajustements tardifs entre sous-objectifs visant à compenser la dynamique des soins de ville

1 - Un objectif global respecté en montant

Comme il a été indiqué, l'ONDAM exécuté au titre de l'année 2014 s'élève à 177,9 Md€ (avant correctif lié au dénouement des provisions constituées à la clôture des comptes de l'exercice 2014), soit une augmentation conforme à la prévision de +2,4 % par rapport l'objectif exécuté au titre de l'année 2013.

Au regard d'un ONDAM voté en loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 de 178,3 Md€, montant par la suite confirmé par la loi de financement pour 2015 dans sa partie relative à l'année 2014, il reflète un écart négatif d'exécution, à caractère provisoire, de 425 M€.

Au-delà des montants comptabilisés par les régimes obligatoires de base d'assurance maladie dans leurs états financiers de l'exercice 2014,

l'ONDAM exécuté incorpore aussi un montant estimatif de 130 M€ de remises¹³⁴ au titre de médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU)¹³⁵ destinés aux nouveaux traitements du virus de l'hépatite C, acquis en 2014 par les établissements de santé, mais dont le montant effectif sera comptabilisé uniquement en 2015.

Le rattachement de ces recettes à l'exécution de l'ONDAM 2014 a pour effet d'afficher un taux de progression global des dépenses strictement conforme à la prévision (+2,4 %) et de réduire le montant des dépenses de soins de ville dont elles sont déduites.

2 - Un ajustement par la loi de financement pour 2015 de l'ONDAM « soins de ville » amenant à constater une « sous-exécution » au lieu d'un dépassement

Au regard des prévisions de dépenses actualisées au titre de 2014 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, l'écart négatif d'exécution de 425 M€ précité s'accompagne d'un respect de l'ONDAM pour la totalité des sous-objectifs, à l'exception des « autres prises en charge ».

Par rapport aux prévisions actualisées de dépenses au titre de 2014, les établissements de santé connaissent un écart négatif d'exécution (à hauteur de 373 M€). Il en va de même des soins de ville (à hauteur de 103 M€), sous l'effet, comme déjà indiqué, du rattachement à l'ONDAM 2014 de 130 M€ de remises comptabilisées en 2015. Par ailleurs, le montant de dépenses exécutées au titre des établissements et services médico-sociaux est exactement identique à la prévision.

Cette exécution de l'ONDAM par sous-objectif en 2014 apparaît ainsi satisfaisante par rapport aux prévisions de dépenses réactualisées pour chacun d'eux par la loi de financement pour 2015, comme la commission des comptes de la sécurité sociale en a fait état dans son dernier rapport de juin 2015. Elle apparaît cependant très différente quand on la compare à l'ONDAM voté dans la loi de financement rectificative d'août 2014. Ainsi, s'agissant des soins de ville, au lieu d'un écart négatif d'exécution, se marque un dépassement de l'objectif de 176 M€ (ou de

134. Les montants estimatifs des remises dues par deux laboratoires ont été évalués postérieurement à la clôture (mars 2015) des comptes 2014 de la CNAMTS, à laquelle le produit des remises est affecté. Le tarif de remboursement a été fixé en mai 2015 par le comité économique des produits de santé.

135. L'autorisation temporaire d'utilisation précède l'autorisation de mise sur le marché.

306 M€ quand on retranche le montant estimatif de 130 M€ de remises comptabilisées en 2015). L'écart négatif d'exécution sur les établissements de santé s'accroît (473 M€ au lieu de 373 M€) et des écarts négatifs d'exécution apparaissent de même au titre du fonds d'intervention régional - FIR (à hauteur de 78 M€) et des établissements et services médico-sociaux (à hauteur de 99 M€).

Le tableau ci-après détaille les dépassements et les écarts négatifs d'exécution de l'ONDAM selon que l'on compare les dépenses avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 ou bien avec la loi de financement de la sécurité sociale rectificative d'août 2014.

Tableau n° 43 : exécution de l'ONDAM 2014 par rapport aux prévisions 2014 dans la loi de financement pour 2015 et la loi de financement rectificative d'août 2014

En Md€

Sous-objectifs 2014	LFSSR 2014	LFSS 2015 (partie relative à 2014)	ONDAM 2014 (exécution provisoire)	Sur/sous exécution en M€	
				par rapport à LFSSR	par rapport à LFSS 2015
Soins de ville	80 653	80 932	80 829	176	-103
<i>Établissements de santé tarifés à l'activité</i>	<i>55 560</i>	<i>55 480</i>	<i>55 379</i>	<i>-181</i>	<i>-101</i>
<i>Autres dépenses relatives aux établissements de santé</i>	<i>19 685</i>	<i>19 664</i>	<i>19 393</i>	<i>-292</i>	<i>-271</i>
Établissements de santé	75 245	75 144	74 771	-473	-373
Fonds d'intervention régional	3 125	3 045	3 048	-78	3
<i>Établissements et services pour les personnes âgées</i>	<i>8 566</i>	<i>8 515</i>	<i>8 515</i>	<i>-51</i>	<i>-</i>
<i>Établissements et services pour les personnes handicapées</i>	<i>9 024</i>	<i>8 975</i>	<i>8 975</i>	<i>-49</i>	<i>-</i>
ESMS	17 589	17 490	17 490	-99	-
Autres prises en charge	1 679	1 682	1 727	48	45
Total	178 291	178 291	177 865	-425	-425

Source : Cour des comptes.

La conjonction d'un écart négatif d'exécution global identique et d'une répartition différente de ce dernier, selon que l'on se réfère à la loi de financement rectificative pour 2014 ou bien à la loi de financement pour 2015, brouille très fortement l'appréciation de la réalité de l'exécution de l'ONDAM par rapport aux prévisions.

En l'augmentant sensiblement en fin d'année, la loi de financement pour 2015 a ainsi pris acte du dépassement du sous-objectif relatif aux soins de ville fixé par la loi de financement rectificative d'août 2014. Elle a pris en compte par ailleurs les réductions des dotations aux établissements hospitaliers et médico-sociaux mises en œuvre en fin

d'année afin de tenir l'objectif global de dépenses à un moment où des incertitudes affectaient le montant des remises venant en déducti

on des dépenses de soins de ville.

3 - La mise en œuvre de mesures de réduction des dépenses au titre des ONDAM hospitalier et médico-social afin d'assurer le respect de l'ONDAM global

Compte tenu de l'absence d'outils de régulation infra-annuelle des soins de ville, le respect de l'ONDAM voté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a nécessité la mise en œuvre en fin d'année de mesures de réduction des dotations allouées aux établissements de santé et médico-sociaux.

a) La réduction des dotations hospitalières

À titre principal, l'écart négatif d'exécution de l'ONDAM relatif aux établissements de santé (473 M€ par rapport à la loi de financement rectificative pour 2014 ou 373 M€ par rapport à la loi de financement pour 2015) traduit l'incidence de mesures de réduction des dotations hospitalières intervenues au cours de l'année 2014 à hauteur de 449 M€ au total, soit 0,6 % du montant des dépenses prévu par la loi de financement rectificative d'août 2014. Ces mesures ont pris la forme de mises en réserve de crédits par la suite non « dégelés » et de crédits non délégués en fin d'année.

Tableau n° 44 : exécution du sous-objectif relatif aux établissements de santé en 2014

En M€

	LFSS rectificative 2014	LFSS 2015 (partie 2014)	ONDAM 2014 (exécution provisoire)	sur/sous exécution (M€) par rapport à LFSSR 2014	sur/sous exécution (M€) par rapport à LFSS 2015
Établissements de santé tarifés à l'activité	55 560	55 480	55 379	-181	-101
<i>ODMCO public</i>	38 952	38 902	39 079	127	177
<i>ODMCO privé</i>	10 492	10 492	10 390	-102	-102
<i>MIGAC (public et privé)</i>	6 116	6 086	5 910	-206	-176
Autres dépenses des établissements de santé	19 685	19 664	19 393	-293	-272
<i>DAF ODAM (PSY-SSR)</i>	15 516	15 499	15 252	-264	-247
<i>OQN (PSY-SSR)</i>	2 808	2 808	2 810	2	2
<i>FMESPP</i>	104	103	103	-1	-
<i>Autres dépenses des établissements de santé</i>	1 257	1 254	1 227	-30	-27
Total	75 245	75 144	74 774	-473	-373

Source : direction générale de l'offre de soins.

Le secteur hospitalier a également été affecté en fin d'année par la diminution de la contribution des régimes d'assurance maladie au FIR, fixée à 3,045 Md€ par l'arrêté du 30 décembre 2014, soit une baisse de 75 M€, prise en compte par la loi de financement pour 2015, par rapport à l'enveloppe prévue par la loi de financement rectificative pour 2014 (soit 2,4 % du sous-objectif prévu par cette dernière).

Au total, les dotations aux établissements de santé ont donc été réduites de 524 M€ par rapport à la prévision contenue dans la loi de financement initiale de 2014.

Les outils de régulation des dotations hospitalières

La loi du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2017 a prévu la mise en réserve, au début de chaque année, de dotations représentant au moins 0,3 % de l'ONDAM en vue de garantir son respect.

En 2014, ces mises en réserve, se rapportant aux sous-objectifs de l'ONDAM relatifs aux établissements de santé, aux établissements médico-sociaux et au FIR ont atteint 545 M€.

S'agissant des établissements de santé, 340 M€ ont été mis en réserve selon les modalités suivantes :

- l'application d'un coefficient prudentiel¹³⁶ de 0,35 %, fixé par l'arrêté du 25 février 2014, minorant les tarifs des prestations d'hospitalisation du secteur public et du secteur privé en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), pour un montant de 141 M€ ;

- le gel d'une fraction des dotations allouées au financement des activités de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie, pour un montant de 179 M€ ;

- le gel d'une fraction des dotations de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, soit 20 M€.

Comme en 2013, les crédits mis en réserve n'ont pas été restitués en fin de campagne, hormis ceux se rapportant aux tarifs des prestations d'hospitalisation (141 M€). Ainsi, 199 M€ de crédits ont été gelés à titre définitif.

En outre, le dépassement constaté en cours d'année sur les dépenses de soins de ville a conduit le ministère à mettre en œuvre un mécanisme renforcé de régulation, à travers la non délégation aux agences régionales de santé, en fin de campagne tarifaire, de 250 M€ de dotations affectées au financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation dans les champs de la médecine, chirurgie et obstétrique (186 M€), des activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (53 M€) et des unités de soins de longue durée (11 M€).

Par ailleurs, une dotation de 75 M€ relevant du sous-objectif relatif au FIR a été mise en réserve, puis annulée par la loi de financement rectificative d'août 2014. Comme il a précédemment été indiqué, une autre annulation de même montant est ensuite intervenue dans la loi de financement pour 2015.

L'enveloppe allouée au secteur privé à but lucratif dans le champ des soins de suite et de la psychiatrie, soit 2,8 Md€, n'a pas fait l'objet, en 2014, de mises en réserve prudentielles. À compter de 2015, elle concourra en revanche au respect de l'ONDAM, à travers l'application à celle-ci du coefficient prudentiel de mise en réserve de dotations prévu par le décret du 28 février 2013.

Ces mesures ponctuelles de réduction des dotations aux établissements de santé, précédées ou non de « gels » en début d'année, ont contribué au respect de l'ONDAM 2014, mais n'ont pas infléchi le rythme de progression des dépenses.

136. Décret du 28 février 2013 portant application de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, les données disponibles sur la situation financière des établissements publics de santé au 31 décembre 2014¹³⁷ font apparaître une dégradation du résultat principal, déficitaire de 416 M€ (contre 297 M€ en 2013), à laquelle le non-versement de dotations en fin de campagne tarifaire a mécaniquement participé.

b) La réduction des dotations médico-sociales

La tenue de l'ONDAM global a également été permise par une réduction des dotations au secteur médico-social. Pour la première fois depuis 2010, la contribution des régimes d'assurance maladie au financement de ce secteur a été réduite en cours d'année, à hauteur d'un montant de 142 M€ réparti entre le champ des personnes âgées (91 M€) et celui des personnes handicapées (51 M€).

Cette réduction est intervenue en deux temps, une première fois en loi de financement rectificative d'août 2014 (à hauteur de 42 M€), puis en loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, pour sa partie relative à 2014 (à hauteur de 100 M€, voir tableau ci-après). Cette modalité rend compte de la parfaite identité du montant de la dépense exécutée avec celui prévu au titre de 2014 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Tableau n° 45 : exécution de l'ONDAM médico-social en 2014

En M€

	LFSS rectificative 2014	LFSS 2015 (partie 2014)	ONDAM 2014 (exécution provisoire)	sur/sous exécution (M€) par rapport à LFSSR 2014	sur/sous exécution (M€) par rapport à LFSS 2015
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses des établissements et services pour personnes âgées	8 566	8 515	8 515	-51	-
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses des établissements et services pour personnes handicapées	9 024	8 975	8 975	-49	-
Total	17 590	17 490	17 490	-100	-

Source : Cour des comptes.

137. Agence technique de l'information hospitalière : 3^{ème} relevé infra-annuel 2014, juin 2015.

Afin de réduire effectivement les dépenses publiques et de limiter les prélèvements sur les réserves de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), la réduction de l'ONDAM médico-social a été intégralement répercutée sur l'objectif global de dépenses du secteur médico-social (OGD), dont il constitue la principale source de financement¹³⁹. Le ministère chargé de la sécurité sociale a ainsi demandé en fin d'année aux agences régionales de santé, compte tenu de la délégation à leur niveau de la quasi-totalité des crédits, de geler une fraction de la dotation régionale limitative qui leur avait été précédemment allouée.

Au total, la baisse de 142 M€ des ressources allouées par les régimes d'assurance maladie au financement du secteur médico-social, qui excède le montant des crédits initialement mis en réserve au titre de l'ONDAM médico-social, a représenté 0,76 % des crédits de l'OGD de l'exercice 2014. Ces mesures à caractère ponctuel ont favorisé le respect de l'ONDAM 2014, mais n'ont pas eu d'effet sur le rythme de progression des dépenses.

4 - Le dépassement du sous-objectif relatif aux « autres prises en charge »

D'un montant de 1,7 Md€, les dépenses correspondant aux « autres prises en charge » ont dépassé l'objectif de près de 50 M€, en raison du dynamisme des dépenses de soins des ressortissants français à l'étranger (653 M€), en hausse de plus de +8 % en 2014. Malgré leur augmentation rapide¹⁴⁰, ces dépenses ne font pas l'objet d'une analyse précise par la CNAMTS. L'ampleur de ce dépassement a été atténuée en fin d'exercice par une réduction de 20 M€ de la dotation de l'assurance maladie à un établissement public¹⁴¹.

*

* *

La rigueur accrue de construction de l'ONDAM 2014, du fait de la suppression de la plus grande partie de l'« effet base » qui en avait facilité le respect dans les années antérieures, constitue un progrès

139. L'autre source de financement est constituée par une fraction (52 %) de la contribution de solidarité autonomie.

140. Entre 2010 et 2014, elles ont augmenté de 222 M€, soit +52 %.

141. Fixée à 138 M€ par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, la dotation à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux au titre de 2014 a été réduite à 118 M€ par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

notable. Elle en a rendu plus contraignante l'exécution. Dans un contexte marqué par un dynamisme beaucoup plus élevé qu'anticipé de soins de ville, l'ONDAM a été cependant respecté en 2014 pour la cinquième année consécutive.

Toutefois, le respect de l'ONDAM ne signifie pas, en tant que tel, que la progression des dépenses a été maîtrisée. Malgré un environnement favorable à la régulation des dépenses (faible inflation, absence de revalorisations tarifaires des professions libérales de santé, gel du point d'indice de la fonction publique), les dépenses de santé ont connu au contraire en 2014 leur plus forte progression depuis 2011.

L'écart négatif d'exécution, qui avait atteint 1,4 Md€ (exécution provisoire) et s'établit *in fine* à 1,7 Md€ pour 2013, a été réduit à 425 M€ en 2014 (exécution provisoire) et a porté très majoritairement sur l'ONDAM hospitalier, une contribution de l'ONDAM relatif aux soins de ville étant permise uniquement par la révision à la hausse de ce sous-objectif par la loi de financement pour 2015 dans sa partie rectificative afférente à l'exercice 2014. Il se contracte à 295 M€ quand on lui retranche les remises sur médicaments intégrées à l'ONDAM 2014 en dépit de leur comptabilisation sur l'exercice 2015 (130 M€).

Les modes de régulation mis en œuvre ont permis de compenser les effets de dynamiques de dépenses élevées, en soins de ville mais également en matière hospitalière comme en atteste l'aggravation du déficit consolidé des établissements publics de santé, mais non d'infléchir celles-ci. La tenue des ONDAM des années à venir, notamment en 2016 et 2017, apparaît à cet égard conditionnée à leur ralentissement, qui exige des réformes structurelles.

III - L'ONDAM pour les années 2015 à 2017 : un nécessaire renforcement des mesures d'économies structurelles

A - L'ONDAM 2015-2017 : une exécution sous tension

La loi du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019 avait fixé une progression de l'ONDAM de +2,1 % en 2015, de +2 % en 2016 et de +1,9 % en 2017, soit +2 % en moyenne. Depuis lors, le programme de stabilité 2015-2018 a réduit ces taux de progression à +2,05 % en 2015 et +1,75 % pour chacune des années 2016 et 2017 dans l'objectif d'accroître l'effort de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Tableau n° 46 : évolution du taux cible de progression de l'ONDAM

	<i>En %</i>				
	2013	2014	2015	2016	2017
Loi de programmation des finances publiques 2012-2017	2,7	2,6	2,5	2,5	2,5
LFSS 2013	2,7				
LFSS 2014		2,4			
Loi de programmation des finances publiques 2014-2019			2,1	2,0	1,9
LFSS 2015			2,1		
Programme de stabilité 2015-2018 (avril 2015)			2,05	1,75	1,75

Source : lois financières et programme de stabilité.

1 - Des objectifs de progression resserrés pour les années 2015 à 2017

Le montant de l'ONDAM voté dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 s'élève à 182,3 Md€, correspondant à un taux de progression de +2,1 %.

Le programme de stabilité 2015-2018 présenté le 15 avril 2015 prévoit une réduction de 425 M€¹⁴² de l'objectif de dépenses pour 2015 afin de limiter le taux de progression de l'ONDAM à +2,05 % en 2015. L'ONDAM 2015 devrait ainsi être ramené de 182,3 Md€ à 181,9 Md€ dans la partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

L'objectif d'un taux d'évolution cible de l'ONDAM limité à +2,05 %, au lieu du taux de +2,1 % initialement arrêté, est toutefois fondé sur la prévision d'un écart négatif d'exécution de l'ONDAM 2014 limité à 300 M€, alors que l'écart constaté en définitive atteint 425 M€¹⁴³. Le respect du taux de progression de +2,05 % inscrit dans le programme de stabilité impose ainsi que la dépense exécutée soit inférieure d'environ 100 M€ à l'objectif de dépenses pour 2015 et ne dépasse donc pas finalement 181,8 Md€ au lieu de 181,9 Md€.

142. Outre une partie des crédits mis en réserve (175 M€), cet objectif révisé s'est accompagné ainsi d'annulations affectant l'ONDAM hospitalier (103 M€), l'ONDAM médico-social (95 M€), le FIR (27 M€) et les autres prises en charge (25 M€).

143. Écart tenant à la prise en compte, au titre de l'exercice 2014, de remises conventionnelles sur les médicaments destinés au traitement de l'hépatite C (130 M€) postérieurement à la présentation du programme de stabilité (avril 2015).

Tableau n° 47 : construction de l'ONDAM 2015*En Md€*

Sous-objetsifs 2015	Base*	Évolution		Autres		Évolution cible	
		Md€	%	Provisions	Économies	Md€	%
Soins de ville	81,2	3,8	+4,7%	0,3	-2,3	83,0	+2,3%
<i>Sous-total établissements de santé</i>	75,4	2,2	+2,9%	-	-0,7	76,9	+2,0%
<i>FIR</i>	3,0	0,1	+2,1%	-	-	3,1	+2,8%
Total établissements de santé + FIR	78,3	2,3	+2,9%	-	-0,7	79,9	+2,0%
ESMS	17,5	0,5	+3,1%	-	-0,2	17,9	+2,2%
Autres prises en charge	1,5	0,1	+5,2%	-	-	1,7	+5,2%
Total	178,5	6,7	+3,8%	0,3	-3,2	182,3	+2,1%

*après modifications de périmètre.

Source : direction de la sécurité sociale.

Au regard des prévisions de croissance en valeur du PIB, soit +2,4 % en 2016 et +2,8 % en 2017, les taux de progression retenus pour chacune de ces deux années, soit +1,75 %, marquent une rupture par rapport à l'évolution des dépenses d'assurance maladie, supérieure sauf exception à celle du PIB depuis 2008. Ils devraient en effet se traduire par une diminution de la part des dépenses d'assurance maladie dans le PIB.

Tableau n° 48 : prévisions d'évolution de l'ONDAM, du produit intérieur brut et de l'inflation de 2014 à 2017*En %*

	2014*	2015	2016	2017
Taux de croissance de l'ONDAM voté	2,41	2,10	1,75	1,75
Taux d'évolution du PIB en valeur	0,75	2,00	2,40	2,80
Taux d'inflation	0,50	-	1,00	1,40

*ONDAM exécuté

Source : programme de stabilité de la France 2015-2018

2 - Un programme d'économies exigeant pour les années 2015 à 2017

La loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019 a fixé, pour les dépenses d'assurance maladie, un objectif d'économies de 10 Md€ par rapport à une évolution tendancielle des dépenses pour les années 2015 à 2017 estimée à +3,8 %. Le programme de stabilité 2015-2018 induit la réalisation d'un effort supplémentaire d'économies de l'ordre de 600 M€ sur les deux années 2016 et 2017.

Pour atteindre l'objectif fixé par la loi de programmation, le ministère chargé de la sécurité sociale a établi un « plan triennal ONDAM 2015-2017 » de 9,8 Md€. Il s'articule autour de quatre objectifs : « améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre hospitalière » ; « prendre le virage ambulatoire à l'hôpital, en réduisant la part de l'hospitalisation à temps complet parmi les actes chirurgicaux et mieux adapter les prises en charge en établissement et en ville » ; « poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et l'adoption des génériques » ; « améliorer la pertinence et le bon usage des soins en ville et à l'hôpital ». Ces quatre objectifs sont déclinés en douze programmes, présentés dans le tableau ci-après.

Les économies recherchées sont concentrées sur le secteur des soins de ville et sur celui des établissements de santé.

S'agissant du secteur des soins de ville, 6,3 Md€ d'économies sont attendues de baisses de prix des produits de santé et du développement de la prescription de médicaments génériques, ainsi que d'une plus grande maîtrise des volumes de soins prescrits (médicaments, actes médicaux...).

Pour le secteur hospitalier, les économies prévues s'élèvent à 3 Md€ sur trois ans, dont 1 Md€ au titre du « virage ambulatoire », du développement de l'hospitalisation à domicile et de la réduction de la durée moyenne de séjour. L'objectif est notamment d'atteindre, en 2017, un taux de chirurgie ambulatoire de 57 % en moyenne sur l'ensemble des actes, contre moins de 45 % en 2014. Des économies sont également recherchées par la mutualisation des achats et l'obtention de meilleurs tarifs auprès des fournisseurs et le respect d'un taux annuel d'évolution de la masse salariale limité à +1,5 % sur la période 2015-2017¹⁴⁴. Compte tenu de l'évolution tendancielle estimée des charges de personnel, soit +2,2 %, les économies à réaliser sur ce poste s'élèvent, au total, à environ 860 M€.

144. Circulaire du 22 avril 2015 relative à la campagne tarifaire 2015 adressée aux directeurs généraux des agences régionales de santé.

Tableau n° 49 : économies attendues au titre des 12 programmes du plan triennal 2015-2017

En M€

Mesures d'économies		LFSS 2015 - 2017	
soins de ville	Pertinence et bon usage des soins	3 100	6,3 Md€
	<i>Ajustement des tarifs</i>	450	
	<i>Qualité de la prescription médicamenteuse</i>	1 200	
	<i>Bonnes pratiques</i>	1 450	
	Produits de santé et promotion des génériques	3 150	
	<i>Baisse de prix des médicaments</i>	1 600	
	<i>Promotion et développement des génériques et biosimilaires</i>	1 300	
	<i>Baisse des tarifs des dispositifs médicaux</i>	250	
établissements de santé	Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement	1 000	3,0 Md€
	<i>Chirurgie ambulatoire</i>	400	
	<i>Orientation et prise en charge des patients</i>	600	
	Efficacité de la dépense hospitalière	2 000	
	<i>Optimisation des dépenses des établissements de santé</i>	450	
	<i>Optimisation des achats</i>	1 200	
	<i>Gestion de la liste en sus</i>	350	
ESMS	Efficiencia des établissements médico-sociaux	500	0,5 Md€
Économies ONDAM 2015-2017		9,8 Md€	

Source : direction de la sécurité sociale.

L'année 2015 est la première année de mise en œuvre de ce plan, avec des économies programmées de 3,2 Md€, en hausse de près de 800 M€ par rapport à 2014.

Tableau n° 50 : tableau récapitulatif des mesures d'économies relatives à l'ONDAM 2015

En M€

Mesures d'économies		LFSS 2015	LFSS 2014	
soins de ville	Pertinence et bon usage des soins	1 155	2,3 Md€	
	<i>Baisse des tarifs des professionnels libéraux</i>	150		
	<i>Actions de maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments</i>	400		
	<i>Lutte contre les iatrogénies médicamenteuses</i>	100		
	<i>Maîtrise médicalisée hors médicament</i>	375		
	<i>Mise en œuvre des réévaluations de la HAS</i>	130		
	Produits de santé et promotion des génériques	1 065		
	<i>Baisse de prix des médicaments</i>	550		
	<i>Promotion et développement des génériques</i>	435		
	<i>Biosimilaires</i>	30		
	<i>Tarifs des dispositifs médicaux</i>	50		
	Lutte contre la fraude	75		
établissements de santé	Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement	210	0,7 Md€	
	<i>Développement de la chirurgie ambulatoire</i>	100		
	<i>Réduction des inadéquations hospitalières</i>	110		
	Efficacité de la dépense hospitalière	440		
	<i>Optimisation des dépenses des établissements</i>	55		
	<i>Optimisation des achats et fonctions logistiques</i>	350		
	<i>Liste en sus</i>	105		
<i>Tarifification des plasmas thérapeutiques</i>	10			
ESMS	Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'OGD	160	0,2 Md€	0,1 Md€
Économies ONDAM 2015		3,2 Md€	2,4 Md€	

Source : annexe 9 des projets de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et pour 2015.

L'élaboration d'un programme pluriannuel d'économies associé à la trajectoire d'évolution de l'ONDAM constitue en soi un progrès notable dès lors qu'un certain nombre d'actions ne peuvent avoir d'effets que dans la durée, ainsi que la Cour l'avait recommandé¹⁴⁵.

145. 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, p. 153-176, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

La mise en œuvre du plan triennal repose sur la mobilisation forte et conjointe des agences régionales de santé et de la CNAMTS, responsables de la définition de plans d'actions régionaux, pilotés par les deux réseaux et devant permettre d'atteindre les objectifs d'économies arrêtés pour les douze programmes.

Pour chacun des axes et des programmes du « plan ONDAM 2015-2017 », l'atteinte des objectifs exigeants d'économies requiert la mise en œuvre d'actions renforcées de régulation dans les secteurs des établissements de santé et des soins de ville, portant à la fois sur les volumes et les prix, dont le mode opératoire précis demeure encore souvent à définir.

Une part importante des économies en matière de pertinence et de bon usage des soins est ainsi attendue des actions de maîtrise médicalisée dont les effets ont été jusqu'à présent très limités sur le volume des prescriptions d'arrêts de travail, de transport, de dispositifs médicaux ou de soins paramédicaux, ainsi que sur celui des actes hospitaliers. La réduction des prescriptions inappropriées et des actes médicaux non pertinents requiert ainsi la mise en œuvre de mesures beaucoup plus rigoureuses que celles en cours, pour les soins de ville comme pour ceux dispensés en établissements.

Pour les produits de santé, sont attendues des économies d'environ 1 Md€ par an, grâce à la baisse du prix de médicaments et au développement des génériques¹⁴⁶. L'action sur la dépense de médicaments a été jusqu'à présent la principale source d'économies dans le secteur des soins de ville. Elle a toutefois été favorisée par l'arrivée à échéance de nombreux brevets en 2012 et en 2013, dont le rythme s'est ralenti à partir de 2014. Quant aux économies liées au développement des génériques, elles passent par la progression de la prescription dans le répertoire des groupes génériques¹⁴⁷ et par le maintien de taux de substitution élevés¹⁴⁸. Or, après deux années de progression, l'exercice 2014 a été caractérisé par une certaine stagnation, en volume et en valeur, de la pénétration des spécialités génériques dans le répertoire des groupes

146. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre IX : la diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés, p. 257-318, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

147. Le répertoire des groupes génériques permet, pour chaque médicament de référence, de connaître les génériques associés.

148. Dispositif national « tiers payant contre génériques » réservant le tiers payant aux assurés acceptant la substitution du médicament générique au princeps.

génériques¹⁴⁹ et dans le marché total¹⁵⁰. Les modes de diffusion et de promotion, en particulier auprès des prescripteurs, doivent donc être très notablement revus et amplifiés, comme la Cour l'a déjà souligné.

L'amélioration de l'efficacité de la dépense hospitalière serait obtenue par la réalisation d'économies sur les achats (1,2 Md€) et sur la « liste en sus » (350 M€)¹⁵¹. L'optimisation des achats est notamment attendue de réorganisations de la fonction achats dans les établissements de santé et de mutualisations qui restent à mettre en œuvre et dont les gains financiers sont encore mal évalués. Quant à la « liste en sus », le dispositif de régulation en place depuis 2009¹⁵² n'a pas limité la progression de ce type de dépenses et les effets de la réforme introduite par la loi de financement pour 2014, instaurant un forfait laissé à la charge des établissements en cas de prescription d'une spécialité inscrite sur cette liste, sont encore incertains.

Les économies attendues du développement de la chirurgie ambulatoire¹⁵³ (400 M€ entre 2015 et 2017) résulteraient de la réduction d'effectifs et de la baisse des charges liées à la diminution des capacités en hospitalisation complète. Le taux global de chirurgie ambulatoire a progressé depuis 2012 dans le secteur hospitalier public où il accusait un retard certain, sans permettre toutefois à ce jour d'infléchir la progression des charges de personnel. En 2014, celles-ci ont augmenté de +2,7 %¹⁵⁴, soit un rythme analogue à celui de 2013 et supérieur à celui de 2012

149. Le répertoire des groupes génériques permet, pour chaque médicament de référence, de connaître les génériques associés.

150. En volume : part des génériques dans le marché des groupes génériques : 75 % (77 % en 2013) et part des génériques dans le marché total : 31,6 % (30,9 % en 2013). En valeur : part des génériques dans le marché des groupes génériques : 65,5 % (64,9 % en 2013) et part des génériques dans le marché total : 18,2 % (18,7 % en 2013). Source : Comité économique des produits de santé.

151. Médicaments prescrits à l'hôpital et remboursés aux hôpitaux par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation.

152. Article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 : fixation d'un taux national servant au ciblage des établissements de santé dont le taux de progression des dépenses est supérieur au taux national et qui, par suite, doivent faire l'objet d'un contrôle de la part des agences régionales de santé.

153. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre VIII : la chirurgie ambulatoire, p. 229-252, septembre 2013, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr et dans le cadre du présent rapport, l'annexe 1 : le suivi des recommandations formulées par la Cour, p. 637-652.

154. ATIH.

(+2,4 %). Ce taux est également supérieur à l'objectif de progression des charges de personnel arrêté à 1,5 % pour 2015. Or, la réduction des dépenses hospitalières est notamment subordonnée à la maîtrise de la progression de la masse salariale. La réalisation des économies attendues dans le champ ambulatoire implique, comme la Cour l'a recommandé, de transformer des unités d'hospitalisation complète en des lieux d'accueil et de séjour dédiés à l'ambulatoire, avec une diminution corrélative des lits et des effectifs. En l'absence notamment d'une réorganisation profonde de l'offre et de modalités de tarification substantiellement revues, alignant la prise en charge en hospitalisation complète sur celle en chirurgie ambulatoire, le risque est fort que les économies nécessaires ne se concrétisent que très lentement.

À ce stade par ailleurs, l'effort supplémentaire d'économies sur les deux années 2016 et 2017 lié au programme de stabilité (soit 600 M€ environ) n'est pas documenté.

La réalisation des économies déjà programmées apparaît en tout état de cause empreinte d'une grande fragilité, faute que soient associées systématiquement aux objectifs les mesures précises permettant de les atteindre. Leur déclinaison prévue dans chacune des lois de financement successives risque de provoquer des difficultés à respecter des ONDAM très contraints, eu égard aux délais inévitables de mise en œuvre et de montée en charge, alors même que pèsent d'ores et déjà sur leur exécution de nombreux risques.

B - Des aléas importants sur l'exécution de l'ONDAM au cours de la période 2015 - 2017

1 - Des marges de manœuvre réduites en 2015

Après l'annulation de 175 M€ de crédits pris sur l'enveloppe des crédits mis en réserve en début d'année afin d'abaisser l'objectif de dépenses pour 2015, cette enveloppe s'élève à 372 M€, soit 0,2 % du montant de l'ONDAM 2015, au lieu du taux initial de 0,3 %.

Elle constitue une marge de sécurité très limitée au regard, d'une part, de la nécessité pour respecter l'ONDAM en taux de l'exécuter en montant à un niveau inférieur de 100 M€ à l'enveloppe prévisionnelle et, d'autre part, des aléas de la gestion et des incertitudes affectant le montant attendu des économies, en particulier lorsqu'elles sont censées provenir des actions de maîtrise médicalisée. Ce montant est, en effet, d'environ 700 M€ pour 2015, alors que l'objectif d'économies fixé pour

2014 à 600 M€ n'a été que partiellement atteint¹⁵⁵, avec 460 M€ d'économies réputées avoir été réalisées. Sous les réserves méthodologiques concernant l'évaluation par la CNAMTS des économies résultant des actions de maîtrise médicalisée (voir *supra*), celles-ci ont eu des effets jusqu'à présent très limités sur un grand nombre de postes (prescriptions d'arrêts de travail, d'actes de kinésithérapie et de dispositifs médicaux notamment).

Un suivi infra-annuel rigoureux de l'évolution des dépenses, notamment sur les enveloppes de dépenses en soins de ville, est ainsi nécessaire. Au regard d'un objectif de progression de +2,05 % pour l'ensemble de l'année 2015, les dépenses de soins de ville du régime général ont augmenté de +2,4 % de janvier 2015 à mai 2015 par rapport à la même période de 2014¹⁵⁶. Outre les effets d'un épisode de grippe plus intense que celui de 2014, l'augmentation des dépenses est portée par la progression des dépenses de rétrocession liées aux médicaments contre l'hépatite C, ainsi que par celles, toujours soutenues, des dépenses de dispositifs médicaux et des soins d'auxiliaires médicaux, en particulier de soins infirmiers. Pour leur part, les indemnités journalières ont augmenté de +3,2 % de janvier à mai 2015, soit un rythme moins élevé que celui de la même période de 2014 (+4 %), mais toujours très significatif.

La faiblesse des marges de précaution disponibles dans le contexte d'un ralentissement, qui va s'accroître, du taux de progression de l'ONDAM suppose à cet égard de renforcer les modes de régulation infra-annuels de la dépense, non seulement hospitalière comme cela existe déjà, mais aussi en matière de soins de ville.

Dans le même sens, ainsi que la Cour l'a préconisé dans son rapport 2014, une diminution du seuil d'intervention du comité d'alerte, chargé de prévenir lorsqu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent de 0,5 % l'ONDAM, apparaît d'autant plus indispensable à un suivi plus rigoureux de la dépense que des contraintes accrues vont peser sur le respect de l'ONDAM en 2016 et 2017 par rapport à 2015.

155. Taux d'atteinte : 77 %.

156. CNAMTS.

2 - Des contraintes accrues pour l'ONDAM 2016 et 2017

Alors que les marges de manœuvre financière seront limitées par des taux de progression de +1,75 %, l'ONDAM 2016 et 2017 devra être exécuté sous des contraintes accrues, tenant à la remontée prévue des taux d'inflation, qui accentuera la pression sur les postes de dépenses des établissements de santé, aux négociations en cours ou à venir avec les professionnels libéraux de santé et dans la fonction publique et à des innovations thérapeutiques.

L'année 2016 devrait être la première année de mise en œuvre de la politique de revalorisation indiciaire de la fonction publique, y compris dans sa composante hospitalière, présentée le 9 juillet 2015 par le gouvernement dans le cadre de la négociation en cours sur les parcours professionnels, les carrières et les rémunérations. Le projet d'accord comporte en effet une refonte des grilles de rémunération des agents des trois fonctions publiques, appartenant aux corps et cadres d'emplois des catégories A, B et C, qui se traduirait notamment par la revalorisation progressive entre 2016 et 2020 des indices de début et de fin de carrière. Il aura une incidence significative sur l'évolution des dépenses de personnel des établissements publics de santé. Selon les estimations de la Cour¹⁵⁷, son coût à horizon 2020 pourrait représenter pour la fonction publique hospitalière de l'ordre de 1,5 à 1,7 Md€, faiblement compensé par les diminutions de primes envisagées.

Dans le domaine conventionnel, l'année 2016 sera marquée par la négociation d'une nouvelle convention avec les médecins libéraux, dans le cadre de laquelle ces derniers ont d'ores et déjà fait fortement connaître l'enjeu central que constituera la revalorisation de leurs rémunérations. La renégociation qui suivra des conventions entre l'assurance maladie et les différentes autres professions libérales de santé sera également lourde de conséquences potentielles, même si des mesures de régulation, permettant de suspendre et reporter l'entrée en vigueur de

157. Cour des comptes, *Communication à la commission des finances du Sénat, La masse salariale de l'État, enjeux et leviers*, juillet 2015, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

revalorisations tarifaires en cas de risque de dépassement de l'ONDAM, pourraient être mises en œuvre¹⁵⁸.

À cet égard, les négociations conventionnelles qui s'annoncent pourraient fournir l'opportunité d'examiner l'éventualité de compléter ce dispositif par de nouveaux mécanismes de régulation de l'ONDAM « soins de ville ». Au cas où des revalorisations tarifaires seraient accordées, sous quelque forme que ce soit, une partie de la masse financière globale correspondante pourrait ainsi être mise en réserve prudentielle en début d'exercice et, selon le cas, allouée ou annulée en fin d'exercice en fonction de l'atteinte des objectifs de maîtrise médicalisée associés pour chaque profession au respect du sous-objectif « soins de ville », selon la même logique que celle qui a été progressivement mise en place pour les établissements de santé.

En tout état de cause, pour être atteints, les objectifs affichés de ralentissement de la progression de l'ONDAM pour 2016 et 2017 requièrent la mise en œuvre, sans attendre, de réformes structurelles dans le secteur des soins de ville comme dans celui des établissements de santé, dont la Cour a analysé les voies possibles dans ses précédents rapports sur la sécurité sociale¹⁵⁹, comme elle le fait également dans différents chapitres du présent rapport¹⁶⁰.

158 L'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale prévoit l'entrée en vigueur d'une mesure conventionnelle de revalorisation tarifaire six mois après son approbation. En second lieu, lorsqu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM, selon le comité d'alerte, imputable ou non aux soins de ville, les revalorisations conventionnelles peuvent être suspendues et reportées à l'année suivante.

159. Cour des comptes, *Rapports 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 ; *pour 2013*, chapitre XIII : les dépenses de biologie médicale, p. 365-592, septembre 2013 ; *pour 2014*, chapitre VIII : les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense, p. 231-256 et chapitre X : les dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée, p. 291-318, septembre 2014, la Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

160. Voir chapitre IX du présent rapport : les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai, p. 301-344 et chapitre X : l'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charge plus efficaces, p. 345-378.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'année 2014 a été marquée par des progrès sensibles dans la construction de l'ONDAM, qui tiennent compte des recommandations de la Cour, à l'exception toutefois du calcul des tendanciels de dépenses, lequel conditionne pourtant l'ampleur et l'effectivité des économies à réaliser.

Construit de façon plus rigoureuse, l'ONDAM a été respecté en 2014, pour la cinquième année consécutive. L'exécution de l'ONDAM en deçà de l'objectif voté par le Parlement ne signifie pas pour autant que la progression des dépenses a été mieux maîtrisée en 2014.

En effet, l'année 2014 est caractérisée par une progression très soutenue des dépenses, supérieure à celle des deux exercices précédents, malgré un contexte pourtant très favorable, marqué notamment par la faiblesse de l'inflation, l'absence de revalorisations tarifaires des professions libérales de santé et le gel du point d'indice de la fonction publique pour les établissements publics de santé.

L'augmentation des dépenses a été notamment portée par le dynamisme persistant des soins de ville, lié non seulement à l'arrivée sur le marché d'innovations thérapeutiques majeures, mais aussi à la poursuite de la croissance de catégories de dépenses qui ne font toujours pas l'objet d'efforts réels de maîtrise, comme en particulier celles relatives à l'activité des auxiliaires médicaux exerçant en libéral, aux dispositifs médicaux et aux transports sanitaires.

Le respect de l'ONDAM en 2014 a lui-même été inégalement assuré. Ainsi, le sous-objectif relatif aux soins de ville a fait l'objet d'un dépassement significatif par rapport à la prévision de la loi de financement rectificative d'août 2014, compensé par la mise en œuvre en fin d'année de réductions des dotations allouées aux établissements hospitaliers et médico-sociaux.

Dans le cadre du programme de stabilité 2015-2018, les pouvoirs publics ont retenu des objectifs plus resserrés de croissance de l'ONDAM pour les années 2015 à 2017. Alors qu'est anticipée une aggravation du déficit de la branche maladie du régime général de sécurité sociale, qui passerait de -6,5 Md€ en 2014 à -7,2 Md€ en 2015 ¹⁶¹, ces objectifs plus exigeants, pour être tenus, nécessitent la mise en œuvre de mesures structurelles d'économies, d'outils de régulation renforcée des dépenses dans le secteur des soins de ville et des soins en établissements de santé,

161. Selon la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de juin 2015.

ainsi que de nouveaux progrès dans l'élaboration, la présentation et les modalités d'exécution de l'ONDAM.

Ces évolutions sont d'autant plus nécessaires que des risques significatifs sont susceptibles d'affecter, toutes choses égales par ailleurs, la trajectoire de ralentissement de l'augmentation de l'ONDAM, telle la renégociation de la convention médicale en 2016 ou les mesures de reprofilage des carrières des fonctionnaires, y compris hospitaliers, annoncées par les pouvoirs publics.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

8. documenter précisément par sous-objectif les mesures d'économies structurelles prévues pour assurer la réalisation de la trajectoire pluriannuelle de l'ONDAM ;

9. insérer, dans les projets de loi de financement de la sécurité sociale, une annexe consacrée à la méthode de construction de l'ONDAM, qui comporte l'ensemble des informations pertinentes sur les choix ayant conduit à la détermination de la base et à la fixation des tendanciels par sous-objectif, ainsi qu'une présentation des méthodes d'évaluation des économies prévues et de leur réalisation (recommandation réitérée) ;

10. intégrer à l'ONDAM les dépenses d'indemnités journalières maternité/paternité (recommandation réitérée) ;

11. évaluer a posteriori les tendanciels pris en compte dans la construction de l'ONDAM annuel afin d'affiner leur méthodologie en vue de l'élaboration des objectifs ultérieurs ;

12. instaurer des dispositifs plus complets de suivi et de régulation infra-annuels des dépenses de soins de ville en examinant à ce titre et dans la perspective des négociations conventionnelles à venir, l'éventualité d'affecter à une réserve prudentielle en cas d'augmentation tarifaire une partie des montants financiers en cause ;

13. 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).

Chapitre IV

**Les cotisations sociales : une place
prépondérante mais en déclin dans le
financement de la sécurité sociale, une
cohérence et une lisibilité à rétablir**

PRÉSENTATION

Les cotisations sociales finançant les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les régimes complémentaires à ces derniers¹⁶² ont atteint 322 Md€ en 2013, soit 60 % de leurs recettes totales. Elles restent la première source de financement de ces régimes devant la contribution sociale généralisée - CSG - (13,5 %) et les impôts et taxes affectés (8,5 %)¹⁶³, malgré la croissance de la part de ces dernières ressources depuis les années 1990.

Assises à 99 % sur les revenus d'activité salariés et non-salariés, elles sont majoritairement supportées par les employeurs en sus des salaires bruts, à hauteur de près de 220 Md€ en 2013, soit 68,3 % du total. Pour les entreprises, cette part patronale des cotisations sociales représentait en 2013 plus de 13 % de leur valeur ajoutée. Les cotisations sociales supportées par les ménages constituaient quant à elles un prélèvement de près de 11 % sur leurs revenus professionnels.

Dans le prolongement de ses travaux antérieurs sur les impôts et taxes affectés à la protection sociale et sur la CSG¹⁶⁴, la Cour a analysé l'évolution de la part des cotisations dans le financement de la sécurité sociale.

Cette évolution, marquée par un recul continu et très sensible de la part relative des cotisations depuis 1990, résulte d'une diversification forte et rapide des modes de financement de la sécurité sociale dans la volonté d'élargir l'assiette des prélèvements sociaux à d'autres revenus que ceux liés à une activité professionnelle et notamment ceux du capital et de la montée en puissance continue des allègements de charges dans un objectif

162. Soit les régimes compris dans le champ du rapport d'automne de la commission des comptes de la sécurité sociale, qui comprend non seulement les régimes obligatoires de base de sécurité sociale, mais aussi les régimes complémentaires de retraites, notamment ceux des salariés (AGIRC-ARRCO). En revanche, le régime d'assurance chômage est extérieur à ce périmètre.

163 .Les autres ressources sont principalement composées de contributions d'équilibre des employeurs (7 %) et de transferts en provenance de l'État ou du Fonds de solidarité vieillesse (5 %).

164. 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. 136-163, septembre 2012 ; *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre IV : l'apport de la contribution sociale généralisée au financement de la sécurité sociale, p. 113-141, septembre 2013, la Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

de soutien à l'emploi et de compétitivité économique (I). Devenues un prélèvement brouillé et de plus en plus instable, les cotisations sociales doivent gagner en cohérence et en lisibilité dans le cadre en particulier de l'intégration annoncée du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi aux allègements généraux de charges, dans le respect des logiques de financement des différents risques et régimes de sécurité sociale (II).

I - Une place toujours prédominante, mais en réduction forte et continue, dans le financement de la sécurité sociale

Conformément à la logique assurantielle qui a présidé à sa création en 1945, la sécurité sociale a été à l'origine presque exclusivement financée par la voie de cotisations sociales assises sur les revenus professionnels. En 1978, au moment où les prestations familiales ont été généralisées à l'ensemble de la population, la part des cotisations sociales dans l'ensemble des recettes des administrations de sécurité sociale¹⁶⁵ (ASSO) atteignait encore 83,5 % et 78 % pour les seuls régimes de sécurité sociale. Trente-cinq ans plus tard, elle est tombée à 64 % pour les ASSO et à 60 % pour les régimes de sécurité sociale.

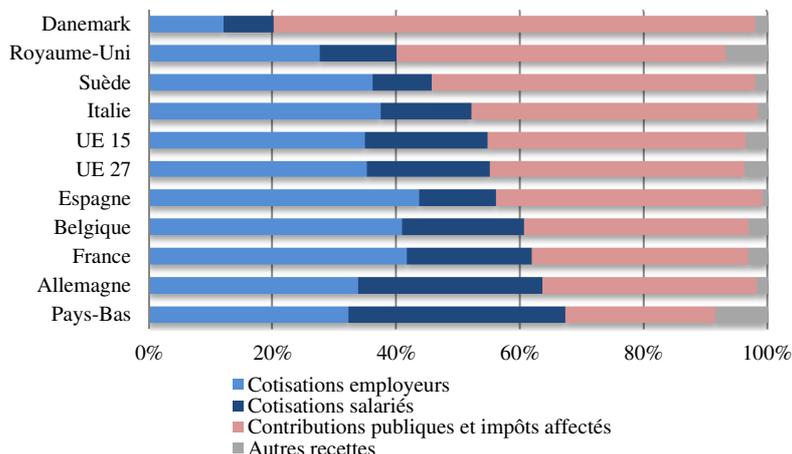
165. Au sens de la comptabilité nationale, les ASSO couvrent non seulement les régimes obligatoires de base de sécurité sociale (en dehors du régime de pensions civiles et militaires de l'État) et les régimes complémentaires à ces derniers, mais aussi le régime d'assurance chômage, différents fonds de financement et organismes et les hôpitaux publics.

Une place des cotisations plus importante que dans la moyenne des pays européens

En 2012 la France finançait sa protection sociale à hauteur de plus de 60 % par des cotisations, contre 55 % pour la moyenne des pays européens. Elle demeure ainsi plus proche des pays de tradition « bismarckienne » (comme l'Allemagne et les Pays-Bas avec des parts de financement par les cotisations respectivement de 63,6 % et 67,3 %) que des pays de tradition « beveridgienne » (comme le Royaume-Uni avec une place des cotisations sociales dans les ressources de la protection sociale limitée à 40 %).

Graphique n° 6 : répartition des recettes de protection sociale en 2012

En % du total des recettes



Source : Eurostat.

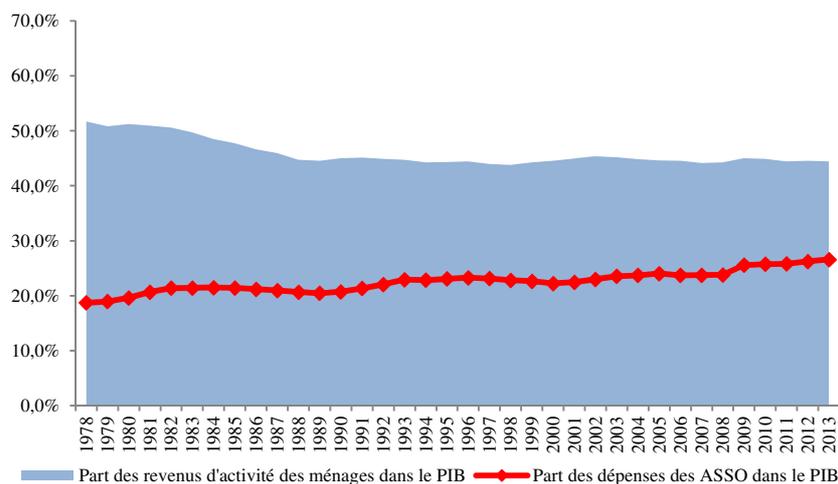
Par ailleurs, la France comptait au nombre des pays mobilisant le plus les cotisations patronales par rapport aux cotisations salariales : en 2012, près de 68 % des cotisations sociales étaient supportées, en France, par les employeurs, contre seulement 53 % en Allemagne et 64 % pour la moyenne des pays européens.

Les évolutions intervenues depuis lors - exonérations de cotisations supplémentaires dans le cadre du pacte de responsabilité d'une part, hausse programmée des cotisations retraite patronales et salariales d'autre part - devraient, toutes choses égales par ailleurs, maintenir la part de financement par cotisation à un niveau supérieur à 60 % en 2016 et réduire d'environ 1 point la part des cotisations patronales au sein des cotisations totales.

A - Un recul significatif de la part des cotisations depuis 25 ans

Sur longue période, la baisse de la part des cotisations dans les ressources des ASSO, comme des régimes de sécurité sociale *stricto sensu*, a eu pour toile de fond une divergence entre l'augmentation de la part des dépenses de protection sociale dans le PIB (+8 points entre 1978 et 2013) et celle des revenus d'activité salariaux et non-salariaux des ménages (-7 points entre 1978 et 2013), qui composent l'essentiel de l'assiette des cotisations.

Graphique n° 7 : évolution comparée des dépenses toutes ASSO et des revenus professionnels par rapport au PIB (1978-2013)



Source : Calcul Cour des comptes d'après données INSEE.

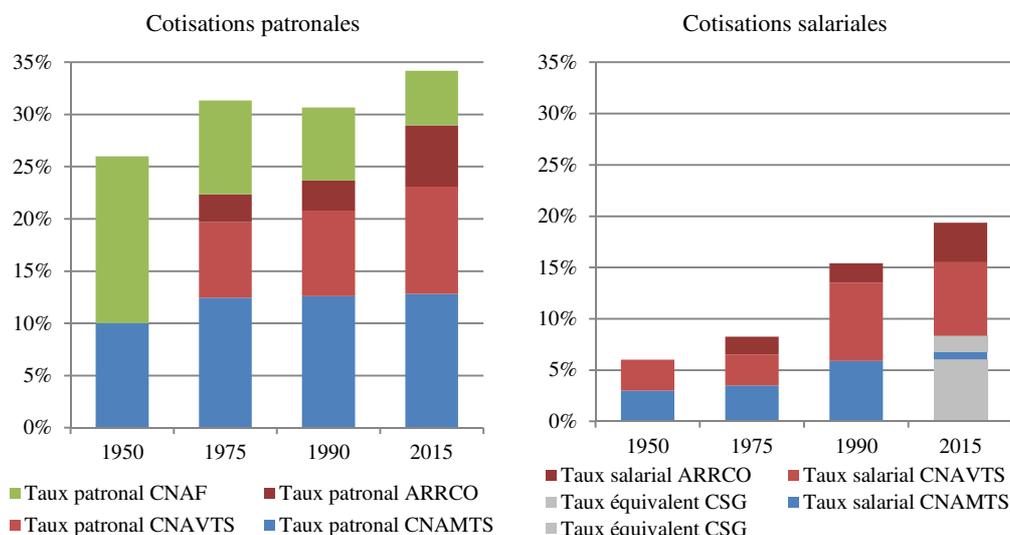
L'évolution spontanée du produit des cotisations sociales, à structure et taux inchangés, qui aurait conduit à une baisse de plus d'un point de leur part dans le PIB, n'aurait pu financer seule la dynamique continue d'augmentation des dépenses de sécurité sociale. Des ajustements multiples ont cherché à compenser cette érosion tendancielle, avant que soit engagée une diversification des ressources de la sécurité sociale visant à ne plus faire dépendre son financement des seules cotisations.

1 - Un rendement des cotisations soutenu jusqu'au début des années 90 par les augmentations de taux et les déplafonnements d'assiette

a) Les augmentations de taux de cotisation

À la création du régime général, les cotisations finançant ses différentes branches ont été assises sur la partie de la rémunération inférieure à un plafond de la sécurité sociale. À l'époque, ce plafond permettait notamment d'établir une ligne de partage pour la couverture vieillesse entre la sécurité sociale et les régimes complémentaires de cadres existants ou en cours de développement (AGIRC, créé en 1947), dont les taux de cotisation s'appliquent à la partie de la rémunération supérieure au plafond¹⁶⁶. Entre 1950 et 1990, l'augmentation des taux de ces cotisations « sous plafond » a constitué le principal levier d'ajustement des recettes à l'évolution des dépenses.

Graphiques n^{os} 8 et 9 : évolution des taux de cotisations sous plafond pour les salariés du secteur privé entre 1950 et 2015



Source : Cour des comptes d'après données INSEE et législation sociale.

166. Cour des comptes, *Rapport public thématique, Garantir l'avenir des retraites complémentaires AGIRC-ARRCO*, décembre 2014, p. 46-49, disponible sur www.ccomptes.fr.

Les taux des cotisations patronales et salariales maladie ont ainsi été augmentés chacun d'environ 3 points sur la période, tout comme les taux maladie applicables aux travailleurs indépendants. Les taux sous plafond des cotisations vieillesse, de base et complémentaire, ont été augmentés globalement de 11 points pour la part patronale et de 6,5 points pour la part salariale. À l'inverse, le taux des cotisations patronales finançant la branche famille du régime général a régulièrement diminué entre 1950 et 1990 (-9 points au total), ce qui a permis de compenser une partie des hausses de cotisations patronales destinées au financement de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse.

Ce mouvement de hausse de taux a cessé pour la branche maladie depuis le milieu des années 80. Depuis 1985, le taux de la part patronale des cotisations d'assurance maladie du régime général est resté stable. Après la mise en place de la CSG en 1991, le taux de la part salariale des cotisations d'assurance maladie n'a pas non plus été augmenté.

En revanche, les besoins de financement supplémentaires de l'assurance vieillesse ont continué à être couverts par des augmentations de taux. Si, à partir des années 1990, ces dernières ont concerné essentiellement les régimes complémentaires de salariés, elles ont porté sur les cotisations salariales aux régimes spéciaux lors de la réforme des retraites de 2010, puis sur les cotisations patronales et salariales au régime général¹⁶⁷ lors de la réforme des retraites de 2014¹⁶⁸. S'agissant des régimes de retraite complémentaire, l'accord du 13 mars 2013 entre partenaires sociaux a également programmé une hausse des cotisations patronales et salariales pour contribuer à leur rééquilibrage.

b) Un mouvement de déplafonnement intégral, sauf pour l'assurance vieillesse

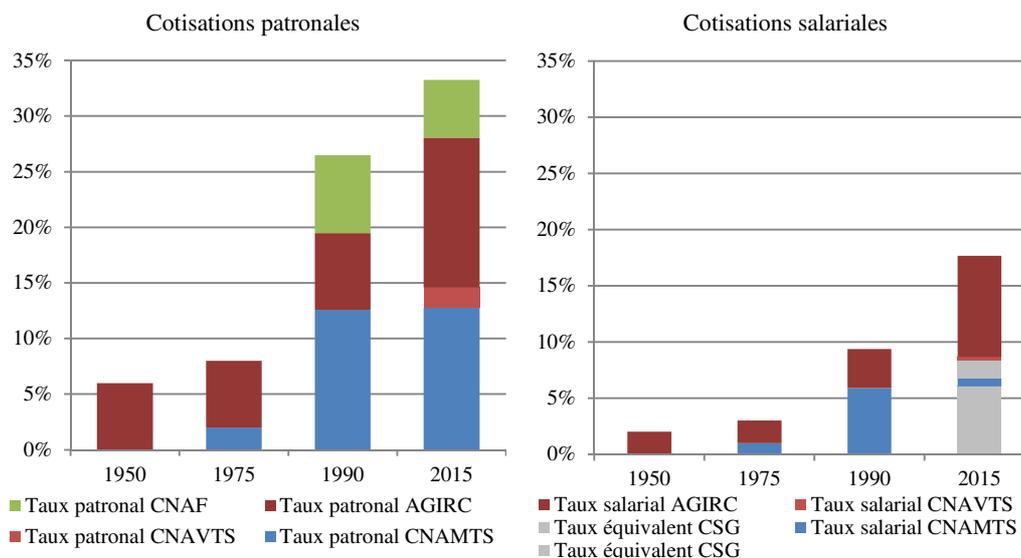
Jusqu'en 1978, les cotisations au régime général sur la partie des salaires supérieure au plafond de la sécurité sociale restaient marginales¹⁶⁹. Au cours des quinze années suivantes, une part prépondérante des cotisations aux régimes de base a été déplafonnée. Leurs taux s'ajoutent ainsi à ceux appliqués au-delà du plafond de la sécurité sociale par l'AGIRC depuis sa création en 1947.

167. Des hausses de cotisations ont également porté sur les régimes de base des artisans, des commerçants et de professions libérales.

168. De façon identique pour les parts salariales et patronales, même si la hausse de taux patronale 2014 pour la CNAVTS a été compensée, pour les entreprises, par une baisse équivalente du taux de cotisation « famille », comme au début des années 1970.

169. Elles étaient limitées à 3 points de cotisation maladie instaurés en 1967.

Graphiques n^{os} 10 et 11 : évolution des taux de cotisations au-delà du plafond pour les salariés cadres du secteur privé entre 1950 et 2015



Source : Cour des comptes d'après données INSEE et législation sociale.

Pour les salariés du secteur privé et les contractuels du secteur public, le déplafonnement des cotisations salariales et patronales maladie a eu pour objet d'augmenter les recettes de l'assurance maladie des salariés sans accroître le coût du travail pour les salaires sous plafond. Il a consisté à étendre à la tranche de rémunération au-delà du plafond de la sécurité sociale les taux de cotisation qui ne s'appliquaient auparavant que dans la limite de ce plafond. Il est intervenu progressivement entre 1979 et 1984 et s'est accompagné d'un maintien à un niveau globalement inchangé des taux de cotisation applicables.

Le déplafonnement des cotisations famille en 1989 et 1990 visait quant à lui à alléger le poids des cotisations sur les bas salaires, en mettant à contribution l'ensemble des tranches de salaires. Il s'est accompagné d'une baisse du taux de cotisation applicable, dans une proportion sensiblement identique à l'élargissement de l'assiette induite par le déplafonnement.

Les cotisations maladie et famille assises sur les rémunérations des titulaires de la fonction publique ont été déplafonnées en même temps que celles du secteur privé, tout en demeurant applicables aux seuls traitements, à l'exclusion des primes et indemnités.

En 1991, les cotisations d'accidents du travail - maladies professionnelles ont elles aussi été intégralement dé plafonnées.

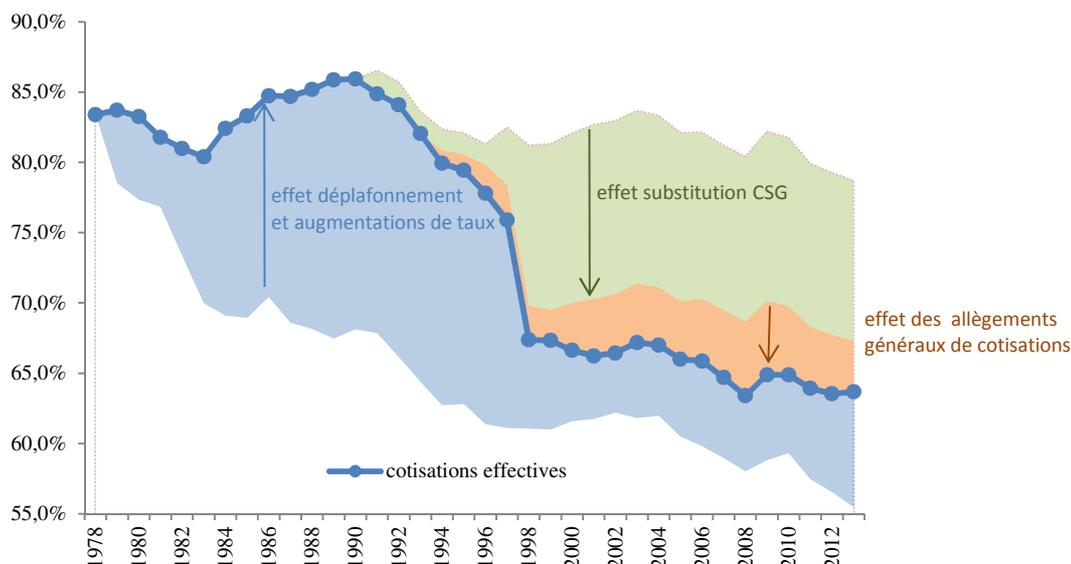
Ce mouvement s'est élargi à son tour au régime général d'assurance vieillesse, mais de manière partielle eu égard au partage des assiettes avec les régimes complémentaires. En sus des cotisations sous plafond, a été mise en place au 1^{er} juillet 1991 une cotisation patronale dé plafonnée, puis au 1^{er} janvier 2005 une cotisation salariale dé plafonnée.

2 - Un recul massif de la part des cotisations dans le financement de la sécurité sociale à partir des années 90

En 1990, les cotisations sociales représentaient 86 % des recettes des ASSO, soit 2,5 points de plus qu'en 1978 et, en leur sein, 81 % des recettes des régimes de sécurité sociale (+3 points par rapport à 1978).

Cette évolution s'est radicalement inversée avec la mise en place de la CSG en 1991, qui a cherché notamment à élargir l'assiette des prélèvements sociaux aux autres revenus que ceux du travail, puis avec la montée en puissance des exonérations de cotisations patronales dans l'objectif d'alléger le coût du travail. Ce double mouvement s'est traduit, par un recul de plus de 20 points de la part des cotisations sociales dans les recettes des ASSO en général et des régimes de sécurité sociale en particulier.

Graphique n° 12 : évolution de la part des cotisations sociales dans les recettes totales des ASSO entre 1978 et 2013



Note de lecture :

- chaque année, la somme des aires en bleu, vert et orange donne l'ampleur de l'incidence des déplafonnements et des augmentations de taux sur la part des cotisations dans l'ensemble des recettes des administrations de sécurité sociale en comptabilité nationale toutes choses égales par ailleurs ;
- la ligne bleue représente l'évolution de la part des cotisations effectivement acquittées dans l'ensemble des recettes ;
- l'aire en bleu représente l'impact à la hausse, sur cette part, des déplafonnements d'assiette et des hausses de taux ;
- les aires verte et orange représentent les impacts à la baisse, sur cette même part, de la substitution de points de CSG à des points de cotisations d'une part et des allègements généraux de cotisations d'autre part.

Source : Cour des comptes d'après données INSEE et CCSS.

La création de la CSG et sa substitution en 1991 à une partie des cotisations patronales famille, puis à la majeure partie des cotisations salariales maladie entre 1996 et 1998 se sont accompagnées au total d'une réduction de 7,6 points des cotisations aux régimes de base, soit 32 Md€ (en euros courants), représentant près de 15 % du produit total des cotisations sociales.

Cette modification structurelle de l'architecture du financement de la sécurité sociale s'est doublée d'une autre évolution majeure qui a

contribué également à réduire la place des cotisations sociales dans ses ressources.

Les mesures d'exonérations de cotisations mises en place au cours des années 1990 et montées en puissance au début des années 2000 se sont traduites par des diminutions de recettes de cotisations représentant près de 28 Md€ en 2013 (hors exemptions d'assiette). Elles ont été majoritairement compensées par l'affectation d'impôts et de taxes diverses, pour près de 21 Md€ et par des transferts du budget de l'État, pour 3,2 Md€. Comme la Cour l'a mis en évidence¹⁷⁰, la part des impôts et taxes affectés dans les ressources des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, notamment du régime général, s'est ainsi très fortement accrue, cet ensemble constituant désormais, aux côtés des cotisations et de la CSG, le troisième pilier du financement de la sécurité sociale.

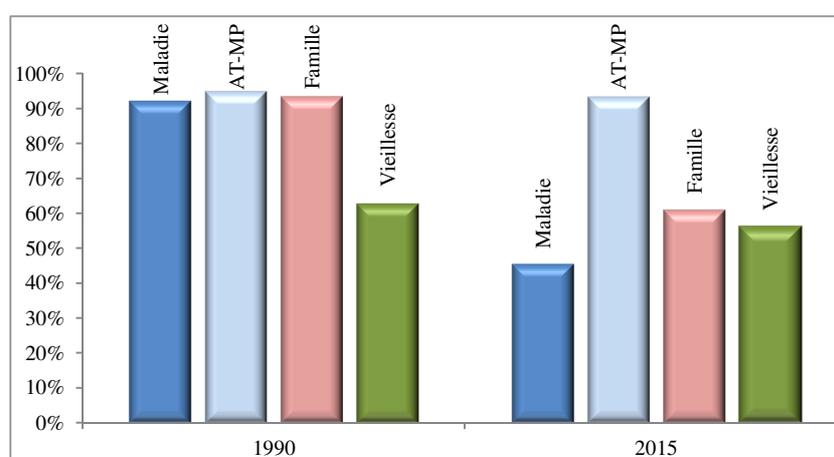
La réduction supplémentaire des cotisations patronales familiales intervenue en 2015, pour 5,3 Md€, fait exception en étant principalement compensée par la suppression d'un transfert de la branche famille à l'État pour le financement de l'aide personnalisée au logement. De ce fait, elle n'a qu'un impact limité sur la part des cotisations dans le financement de la branche famille.

170. 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, septembre 2012, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

3 - Un recul inégal suivant les risques

Le recul de la part de cotisations au sein des ressources de la sécurité sociale est plus ou moins marqué selon les risques.

Graphique n° 13 : évolution de la part des cotisations dans le financement des risques couverts par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale¹⁷¹



Source : Cour des comptes d'après données CCSS pour 1990 et PLFSS 2015.

C'est l'assurance maladie qui a vu la part de son financement par cotisation reculer le plus significativement. Les cotisations de l'ensemble des branches maladie des régimes de base, soit plus de 85 Md€, ne représentent plus que 45 % de leurs recettes prévisionnelles pour 2015. Cette situation résulte directement de la suppression de la quasi-totalité des cotisations salariales au profit de la CSG en 1997-1998¹⁷². Les cotisations demeurent cependant la première ressource de l'assurance maladie, devant la CSG.

Les cotisations de la branche famille, soit 32 Md€ de cotisations exclusivement patronales prévues pour 2015, représentent encore 61 % de ses recettes, malgré la diminution générale de taux de 0,15 point intervenue en 2014, puis la nouvelle baisse de 1,8 point appliquée au 1^{er} janvier 2015 pour les salaires ne dépassant pas 1,6 SMIC

171. Les contributions de l'État employeur au financement des pensions civiles et militaires des fonctionnaires ne sont pas considérées comme des cotisations et ne sont donc pas comprises dans ce graphique. En 2015, elles représentent 16 % du total des cotisations ainsi définies au sens large (18 % en 1990).

172. Seul demeure un taux de 0,75 %.

conformément aux dispositions de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, dans le prolongement d'une évolution constante à la baisse de ce dernier et d'une diversification des ressources¹⁷³. La part des cotisations, qui représentait encore 95 % des ressources de la branche en 1990, est ainsi passée à 67 % en 2005, puis à 64 % en 2010.

La part des cotisations dans les recettes totales finançant le risque vieillesse a également reculé du fait de la montée en charge, à partir de 1994, des transferts en provenance du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), lui-même financé par la CSG et par des impôts et taxes affectés. Ces derniers représenteraient en 2015 près de 24 Md€, soit 8 % des recettes des régimes de retraite (18 % pour le seul régime général).

En 2013, la part des cotisations sociales dans les ressources des régimes de retraite de base s'est élevée à 56 %¹⁷⁴. Pour l'ensemble des régimes de retraite obligatoires, cette proportion a atteint 76 %, les régimes complémentaires ayant conservé un financement prépondérant par cotisations.

Enfin, les cotisations patronales sont restées la source quasi exclusive du financement des risques accidents du travail - maladies professionnelles, avec une part voisine de 95 % des recettes, conformément au principe assurantiel de la couverture sociale de ces risques.

B - Une évolution qui reflète l'adaptation des modes de financement à celles de la protection sociale et des politiques économiques

Dans un contexte marqué par le recul de la part des salaires dans la valeur ajoutée et par l'apparition d'un chômage de masse à caractère structurel, des évolutions structurelles du financement de la sécurité sociale ont cherché à limiter le poids des cotisations pesant sur les revenus d'activité et sur le coût du travail, en cohérence avec la part croissante des prestations non-contributives servies par les différents régimes.

173. Cour des comptes, *Communications à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale*, Le financement de la branche famille, novembre 2012 et mai 2013, disponibles sur www.ccomptes.fr.

174. 73 % si l'on y ajoute la contribution de l'État employeur au financement des pensions civiles et militaires.

1 - Un caractère non-contributif d'une part croissante des prestations

Depuis les années 1950, les prestations de sécurité sociale sont devenues de plus en plus largement non-contributives. À la suite de la suppression de toute condition d'activité en 1978, le bénéfice des prestations familiales notamment n'est plus conditionné à l'acquittement de cotisations. Il en va de même des prestations en nature de l'assurance maladie depuis l'instauration en 1999 de la couverture maladie universelle.

En outre, une part prépondérante des prestations des régimes de base n'a plus de lien de proportionnalité avec les revenus d'activité des assurés sociaux. Compte tenu de la croissance des prestations en nature, les prestations en espèces (indemnités journalières, pensions d'invalidité), encore liées au niveau du revenu professionnel, ne représentent plus aujourd'hui que 10 % des dépenses d'assurance maladie. S'agissant des retraites, de nombreux dispositifs procurent des avantages à caractère non-contributif visant à assurer la continuité des périodes d'assurance (validation gratuite de périodes de chômage indemnisé et non indemnisé), à compenser l'insuffisance des droits contributifs ou à les majorer en cas de carrière complète (« minimum « contributif »).

Ces évolutions ont rendu les régimes de sécurité sociale de moins en moins contributifs. Or, le financement par des cotisations se justifie par une logique de contributivité en cohérence avec la logique d'assurance sociale de la sécurité sociale.

Cotisations sociales et contributivité

La contributivité au sens strict, en matière de sécurité sociale, correspond à l'existence d'une relation de proportionnalité entre le niveau individuel des prestations reçues et le niveau des cotisations individuellement acquittées. À la création de la sécurité sociale, un lien direct existait entre affiliation, perception de cotisations et pour partie montant des prestations : contrairement aux prestations en nature de l'assurance maladie, indépendantes de toute considération de revenu, les prestations en espèces - indemnités journalières, pensions d'invalidité, rentes d'accidents du travail - maladies professionnelles, pensions de retraites, prestations familiales pour une part (allocation de logement familiale) étaient liées non seulement, pour en bénéficier, aux cotisations acquittées pour le compte de et par l'assuré social, proportionnelles au revenu d'activité dans la limite du plafond de la sécurité sociale, mais aussi, dans leur calcul, au revenu professionnel. Dans cette logique, les prestations constituent à proprement parler la juste contrepartie des cotisations acquittées.

Si ce lien a été distendu, il demeure toutefois au fondement de la définition des cotisations sociales. La notion de contrepartie est en effet essentielle dans la définition que le Conseil constitutionnel donne depuis 1993 aux cotisations sociales, pour les différencier des impositions de toutes natures. Selon sa décision DC n° 93-325 du 13 août 1993, « les cotisations versées aux régimes obligatoires de sécurité sociale qui résultent de l'affiliation à ces régimes constituent des versements à caractère obligatoire de la part des employeurs comme des assurés » et elles « ouvrent vocation à des droits aux prestations et avantages servis par ces régimes ».

Ce mouvement d'universalisation progressive des prestations et la tendance concomitante à l'érosion du caractère contributif de la protection sociale ont ainsi poussé, dans une préoccupation de cohérence accrue entre nature du financement et nature des prestations, à rechercher de nouvelles ressources complémentaires, voire alternatives aux cotisations sur les revenus professionnels.

2 - La limitation du poids des cotisations sur les revenus d'activité

Dans ce contexte, la mise en place de la CSG a poursuivi en 1991 un objectif de mise à contribution de l'ensemble des revenus pour le financement de la protection sociale, cette contribution étant constituée de quatre impositions distinctes portant sur cinq assiettes différentes : les revenus d'activité, les revenus de remplacement, les revenus du patrimoine, les produits de placements, les gains et mises de jeux. À niveau constant de ressources pour la sécurité sociale, elle a permis, instantanément, d'alléger de près de 1,5 point le poids des prélèvements portant sur les revenus d'activité.

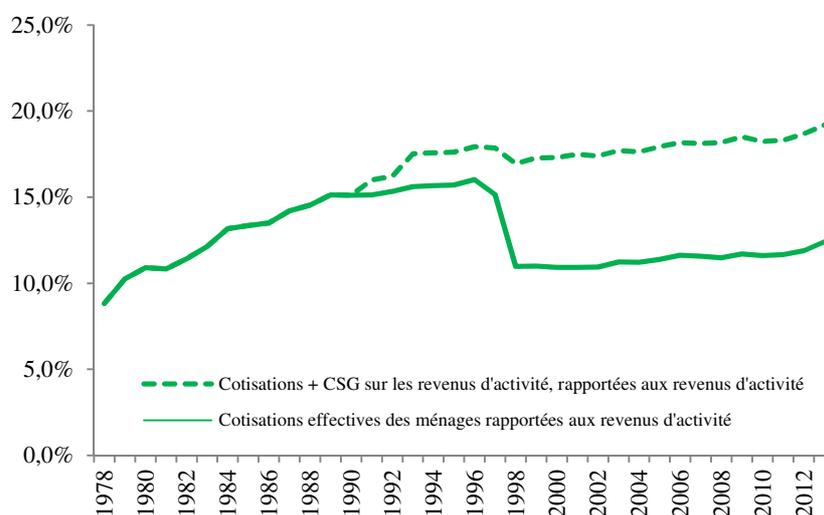
Par la suite, la dynamique d'évolution de chacune des assiettes, en particulier celles constituées des revenus du capital, l'augmentation des taux et l'élargissement des assiettes ont permis à la CSG de connaître une évolution constamment supérieure à celles des cotisations sociales et du PIB. Elle a ainsi, comme la Cour l'a souligné¹⁷⁵, pris le relais des cotisations sociales pour rendre soutenable la vive progression des dépenses de la sécurité sociale depuis vingt ans en contribuant de manière de plus en plus déterminante à la progression de ses recettes. Elle a de fait apporté à la sécurité sociale, selon les estimations de la Cour, un surcroît

175. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre IV : l'apport de la contribution sociale généralisée au financement de la sécurité sociale, p. 113-141, septembre 2013, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

de ressources annuelles de près de 36 Md€ en 2013, par rapport aux cotisations auxquelles elle s'est substituée.

Sur le périmètre des régimes d'assurances sociales ¹⁷⁶, la progression des prélèvements sociaux pesant sur les revenus d'activité, si elle s'est poursuivie, a ainsi été significativement freinée depuis la mise en place de la CSG, comme le montre le graphique suivant.

Graphique n° 14 : évolution du rapport entre les cotisations supportées par les ménages (cotisations salariales et personnelles des non-salariés) et les revenus d'activité



Source : Cour des comptes d'après données INSEE et CCSS.

Le poids additionné des cotisations sociales salariales et de la CSG prélevées sur les revenus d'activité, qui avait progressé de près de 10 points entre 1978 et 1996, n'a augmenté que d'un point entre 1996 et 2013.

176. Incluant l'assurance chômage.

Un élargissement d'assiette permettant une plus grande redistributivité des prélèvements sociaux

Alors que les cotisations sociales sont proportionnelles, voire dégressives en fonction des revenus, du fait de leur plafonnement partiel et de leur déductibilité pour le calcul de l'impôt sur le revenu, la CSG présente un profil plus redistributif au long de l'échelle des revenus. Il résulte de la déductibilité seulement partielle de la CSG prélevée sur les revenus d'activité, de la progressivité des taux applicables aux revenus de remplacement et de la distribution des revenus du capital selon les niveaux de revenus des ménages.

L'utilisation directe des cotisations sociales à des fins redistributives est en revanche fortement contrainte depuis la décision du Conseil constitutionnel du 6 août 2014 sur la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014. Le projet de loi prévoyait d'instaurer une réduction dégressive des cotisations salariales entre 1 et 1,3 SMIC, mais le Conseil a considéré qu'il en résultait une inégalité de traitement, dès lors qu'un tiers des assurés aurait bénéficié de prestations sans versement de la totalité des cotisations salariales et ce, sans rapport avec l'objet même des cotisations, qui est, selon le Conseil, d'« ouvrir des droits à prestations ».

3 - Le développement des exonérations de cotisations dans un objectif de soutien à l'emploi

a) De nombreuses mesures d'exonération ciblées

Dès la fin des années 1970, les politiques en faveur de l'emploi ont commencé à utiliser le levier des exonérations de cotisations patronales, au profit de certaines catégories de populations ou de certains territoires, notamment outre-mer. Ces mesures dites « ciblées » sont aujourd'hui au nombre d'une centaine. Pour 2013, elles se traduisaient au total par un allègement de cotisations de 6,5 Md€ pour les employeurs et les assurés.

Tableau n° 51 : exonérations ciblées de cotisations sociales (2013)

En M€

Aide à domicile auprès d'une personne fragile	1 744
Entreprises et travailleurs indépendants outre-mer	1 144
Contrats d'apprentissage*	873
Contrat d'accompagnement dans l'emploi	698
Travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi	384
Aide aux chômeurs créateurs d'entreprise	252
Autres mesures	1 418
Total	6 503

**Le chiffre ne concerne que les cotisations aux régimes de base.*

Source : annexe 5 au PLFSS 2015.

b) Le soutien à l'emploi des salariés les moins qualifiés

À partir des années 1990, a été mise en œuvre une politique générale d'exonérations de cotisations patronales sur les bas salaires, procédant du constat que la proximité entre le salaire médian et le SMIC empêche que le salaire des moins qualifiés ne s'ajuste à leur productivité.

Un allègement des seules cotisations famille a d'abord été instauré entre 1 et 1,2 SMIC, puis une exonération dégressive de 1 à 1,33 SMIC lui a succédé en 1996, portant sur les cotisations patronales aux différentes branches du régime général de sécurité sociale, pour un coût de plus de 7 Md€ en 1997.

À compter de 1998 et plus encore de 2000, de nouveaux dispositifs d'allègement de cotisations patronales ont été mis en place afin de compenser une partie des effets sur le coût horaire du travail de la réduction du temps de travail à 35 heures hebdomadaires.

Depuis 2005, un dispositif d'allègement unique, dit « allègement Fillon » couvre à la fois les exonérations instaurées en 1996 et celles liées aux 35 heures et s'appliquant de façon dégressive entre 1 et 1,6 SMIC.

Le pacte de responsabilité présenté en 2014 par les pouvoirs publics a amplifié encore l'exonération des cotisations sur les bas salaires entre 1 et 1,6 SMIC. L'allègement est devenu total dès 2015 pour toutes les entreprises pour les salaires au niveau du SMIC et pour l'ensemble des cotisations au régime général (à concurrence d'un point pour les cotisations AT-MP), la contribution de solidarité autonomie (CSA) et la contribution au Fonds national d'aide au logement (FNAL). Une réduction de 1,8 point de cotisations famille est en outre applicable en 2015 pour les salaires comprise entre 1 et 1,6 SMIC. À compter de 2016, cette réduction devrait être étendue aux salaires compris entre 1,6 et 3,5 SMIC.

Ainsi, pour les entreprises de plus de 20 salariés, l'allègement de charges patronales devrait atteindre 28,45 points au niveau du SMIC en 2016, soit la totalité des cotisations dues aux URSSAF selon les barèmes¹⁷⁷. En 2014, l'allègement pour ces mêmes entreprises portait sur 26 des 30,05 points de cotisations dus selon les barèmes.

177. On considère ici que le barème intègre la réduction de 1,8 point de cotisations famille mise en œuvre à partir de 2015.

Tableau n° 52 : évolution des taux du barème et des allègements au niveau du SMIC à la suite des mesures du pacte de responsabilité

En %

Entreprises de plus de 20 salariés	2014	2016
Taux de cotisations/contributions des barèmes*	30,05	28,45
<i>dont maladie au régime général</i>	<i>12,80</i>	<i>12,80</i>
<i>dont vieillesse au régime général</i>	<i>10,20</i>	<i>10,40</i>
<i>dont famille au régime général</i>	<i>5,25</i>	<i>3,45</i>
<i>dont AT-MP mutualisé</i>	<i>1,00</i>	<i>1,00</i>
<i>dont CSA</i>	<i>0,30</i>	<i>0,30</i>
<i>dont FNAL</i>	<i>0,50</i>	<i>0,50</i>
Montant de l'allègement général	26,00	28,45
<i>dont maladie au régime général</i>	<i>11,07</i>	<i>12,80</i>
<i>dont vieillesse au régime général</i>	<i>8,83</i>	<i>10,40</i>
<i>dont famille au régime général</i>	<i>4,54</i>	<i>3,45</i>
<i>dont AT-MP mutualisé</i>		<i>1,00</i>
<i>dont CSA</i>		<i>0,30</i>
<i>dont FNAL</i>		<i>0,50</i>

*la réduction de 1,8 point de cotisation famille applicable jusqu'à 3,5 SMIC est considérée ici comme intégrée au barème.

Source : Cour des comptes d'après LFRSS 2014.

L'allègement supplémentaire de cotisations décidé dans le cadre du pacte de responsabilité, qui a conduit parallèlement à réduire les cotisations personnelles des travailleurs indépendants¹⁷⁸, représente un montant global de près de 10 Md€, qui vient s'ajouter aux 21 Md€ liés aux allègements « Fillon ».

*
* *

La part des cotisations sociales dans le financement de la sécurité sociale a ainsi tendance à diminuer de plus en plus fortement sous le double effet de la diversification croissante des ressources des régimes, qui reposent désormais sur trois piliers - cotisations dont la part relative diminue, CSG dont l'apport est structurellement en hausse, impôts et taxes affectés en progression continue - et des allègements mis en œuvre de manière de plus en plus large pour soutenir l'emploi et la compétitivité de l'économie. Pour autant, si leur place est très loin d'être résiduelle, leur rôle et leur réalité même apparaissent de plus en plus brouillés.

178. La loi de financement rectificative pour 2014 a mis en place des exonérations de cotisations famille pour les travailleurs indépendants, à hauteur de 1 Md€, en tant que pendant à la réduction des cotisations patronales des employeurs de salariés.

II - Une cohérence et une lisibilité nécessaires

Les évolutions successives qu'elles ont connues font des cotisations sociales une forme de prélèvement désormais brouillée.

La spécificité de leur rôle, récemment rappelée par le Conseil constitutionnel qui en fait une condition déterminante de l'affiliation et de l'ouverture des droits à prestations, leur caractère par nature contributif, leur lisibilité même tendent à être progressivement perdus de vue.

A - Poursuivre l'harmonisation des efforts contributifs entre les différentes catégories d'assurés

Pour des motifs d'équité, la question de l'égalité des efforts contributifs associés aux cotisations, entre catégories de cotisants et à revenu égal, se pose avant tout entre assurés contribuant au financement d'un même régime. À cet égard, les intégrations financières d'un nombre croissant de régimes au régime général - les branches maladie et vieillesse de base du régime social des indépendants (RSI) étant intégrées respectivement aux branches maladie et vieillesse du régime général à compter de 2015 - étendent le champ des assurés dont les efforts contributifs appellent une harmonisation avec ceux à la charge des employeurs et des salariés du régime général.

1 - Des écarts significatifs d'efforts contributifs entre catégories d'assurés à niveau de revenu d'activité égal

a) Les cotisations maladie et famille

Les branches famille et maladie du régime général mutualisent désormais les cotisations de nombreuses catégories d'assurés : salariés du secteur privé, titulaires des trois fonctions publiques et travailleurs indépendants, agricoles ou non agricoles.

Or, les cotisations sociales maladie et famille continuent de s'appliquer avec des assiettes ou des taux différents selon ces catégories de cotisants. Il s'ensuit, à niveau de revenu d'activité égal, des différences d'efforts contributifs entre assurés, mesurés en rapportant les cotisations (y compris patronales) finançant un risque donné aux revenus d'activité nets de ces cotisations. Ces écarts entre catégories d'assurés sont surtout marqués sur les cotisations maladie, pour lesquelles des différences de taux s'ajoutent aux différences d'assiette.

Les différences de taux et d'assiettes applicables entre les principales catégories d'assurés pour les risques maladie et famille

Parmi les différentes catégories de cotisants au régime général ou aux régimes qui lui sont financièrement intégrés, les règles de taux d'assiette peuvent varier significativement :

- pour les salariés de droit commun du secteur privé, l'assiette des cotisations maladie et famille exclut de nombreux éléments, dont les sommes perçues dans le cadre de l'épargne salariale ou les indemnités de rupture, pour un total équivalent à plus de 9 % de la masse salariale du secteur. Les taux applicables en 2014 étaient de 13,55 % pour la maladie (dont environ 10,95 % hors financement des prestations en espèces) et de 5,25 % pour la famille (taux qui devrait passer à 3,45 % à partir de 2016 pour les salaires inférieurs à 3,5 SMIC). Cependant, les allègements généraux applicables conduisent en moyenne à des taux inférieurs de 15 % à ces barèmes ;

- pour les titulaires des trois fonctions publiques, les primes et indemnités, qui représentent en moyenne 22 % de la rémunération totale, sont exclues de l'assiette des cotisations maladie et famille. Par ailleurs, les taux maladie applicables, qui ne couvrent pas les prestations en espèces, sont de 9,7 % pour les agents de l'État et de 11,1 % pour ceux des collectivités locales et des hôpitaux. Le taux de cotisation famille restera de 5,25 % en 2016 ;

- pour les travailleurs indépendants non agricoles, affiliés au RSI pour le risque maladie, l'assiette correspond aux revenus professionnels soumis à l'impôt sur les sociétés (IS) ou à l'impôt sur les revenus (IR), donc nets des cotisations sociales acquittées (alors que l'assiette pour les salariés est constituée des rémunérations brutes). S'y ajoutent depuis 2013 les montants des dividendes perçus, quand ils excèdent 10 % du capital social. Les taux applicables en 2014 étaient de 6,5 % pour la maladie (soit environ 6,25 % hors financement des prestations en espèces) et 5,25 % pour la famille. Une cotisation minimale s'applique en outre pour les revenus inférieurs, à compter de 2015, à 10 % du plafond de la sécurité sociale ;

- pour les exploitants agricoles, outre les revenus agricoles soumis à l'IS ou à l'IR, l'assiette intègre depuis 2014 tous les revenus distribués aux associés non exploitants ayant des liens de parenté avec l'exploitant ainsi que les dividendes éventuellement perçus. En revanche, les loyers d'exploitation éventuellement perçus ne sont encore que partiellement pris en compte. L'exclusion des loyers représentait en 2007 une perte d'assiette de l'ordre de 12 %. Les taux applicables en 2014 étaient de 10,84 % pour la maladie (dont environ 9,74 % hors financement des prestations en espèces) et 5,25 % pour la famille.

L'effort contributif associé aux titulaires des trois fonctions publiques est réduit par un taux de cotisation inférieur à celui applicable au secteur privé, tout particulièrement pour la fonction publique d'État et par l'exclusion des primes de l'assiette des cotisations.

Parmi les principales catégories d'assurés, ce sont cependant les travailleurs indépendants affiliés au RSI qui supportent le plus faible effort contributif, en raison essentiellement d'un taux de cotisation nettement plus faible que celui applicable aux salaires du secteur privé et malgré l'existence de cotisations minimales. Les exploitants agricoles présentent quant à eux un taux d'effort très proche de celui des salariés du secteur privé.

Tableau n° 53 : comparaison des taux d'effort contributif maladie (hors indemnités journalières et pensions d'invalidité) en 2014*179

En %

	Salariés de droit commun au régime général	Titulaire FPE	Titulaire FPT/FPH	Indépendants	Exploitants agricoles
Taux d'effort contributif moyen	9,5	8,1	9,6	<6,9	<9,7
Taux d'effort moyen y compris CSG maladie	15,1	13,7	15,2	<15,5	

*calculé en rapportant les cotisations maladies (hors IJ et invalidité) au revenu net de cotisations maladie, famille et CSG.

Source : calculs Cour des comptes.

Malgré des taux identiques en 2014, les cotisations familiales donnaient aussi lieu à de légères différences d'efforts contributifs moyens, en raison notamment de l'assiette utilisée pour les titulaires des fonctions publiques. En revanche, le taux d'effort moyen des indépendants était sensiblement égal à celui des salariés du secteur privé.

179. Les efforts contributifs moyens tiennent compte notamment de l'impact moyen des allègements généraux de charges sur les cotisations patronales du secteur privé, de la part moyenne des primes et indemnités dans la rémunération des titulaires de la fonction publique et de l'existence de cotisations minimales pour les non-salariés. En revanche, ils ne tiennent pas compte des sous-déclarations d'assiette par certains non-salariés, ni de l'écart entre l'assiette prise en compte et le revenu réel lié à la détermination sur une base forfaitaire du revenu fiscal d'une partie des exploitants agricoles.

Tableau n° 54 : comparaison des taux d'effort contributif famille en 2014¹⁸⁰

En %

	Salariés de droit commun au régime général	Titulaire des trois fonctions publiques	Indépendants	Exploitants agricoles
Taux d'effort contributif moyen	4,6	4,4	4,5	<4,7
Taux d'effort moyen y compris CSG famille	5,4	5,3	<5,5	<5,6

**calculé en rapportant les cotisations maladies (hors IJ et invalidité) au revenu net de cotisations maladie, famille et CSG.*

Source : calculs Cour des comptes.

La réduction des cotisations famille prévue par le pacte de responsabilité, réservée au secteur privé, conduit néanmoins, à partir de 2015, à rendre l'effort contributif moyen associé aux salariés du secteur privé et aux travailleurs non-salariés inférieur à celui associé aux titulaires des fonctions publiques, au regard de l'addition des cotisations maladie et famille. Les travailleurs indépendants continueraient à bénéficier d'un net avantage relatif.

Tableau n° 55 : comparaison des taux d'effort contributif maladie (hors IJ et invalidité) et famille en 2016*¹⁸¹

En %

	Salariés de droit commun au régime général	Titulaire FPE	Titulaire FPT/FPH	Indépendants	Exploitants agricoles
Taux d'effort contributif moyen	12,3	12,5	14,0	<9,9	<13,0
Taux d'effort moyen y compris CSG	18,7	18,9	20,4	<16,9	<19,7

**calculé en rapportant les cotisations maladies (hors IJ et invalidité) au revenu net de cotisations maladie, famille et CSG.*

Source : calculs Cour des comptes.

180. Compte non tenu des sous-déclarations d'assiette par certains non-salariés et de l'impact de la détermination sur une base forfaitaire du revenu fiscal d'une partie des exploitants agricoles.

181. *Idem.*

b) Les cotisations vieillesse

Le caractère majoritairement contributif des régimes de retraite, qui lie cotisations et prestations, conduit à ce que les considérations d'équité entre assurés passent avant tout par la comparaison des rendements offerts par chaque régime, plus que par l'effort contributif. Toutefois, entre régimes dont les modalités de calcul des pensions sont identiques, à revenus équivalents, la comparaison des rendements équivaut à la comparaison des efforts contributifs associés aux cotisations. C'est ainsi le cas entre le régime général des salariés et les régimes alignés sur ce dernier (salariés agricoles, artisans et commerçants relevant du régime social des indépendants). S'agissant en outre désormais de régimes intégrés financièrement au régime général, la comparaison des efforts contributifs revêt un véritable enjeu d'équité.

Cette comparaison met avant tout en évidence l'impact des allègements généraux de charges patronales, qui réduit de 15 % (soit -1,7 point de cotisations) l'effort contributif moyen relatif aux salariés du secteur privé, tandis que la faiblesse de la part de cotisation déplafonnée au RSI réduit de près d'un point l'effort contributif des artisans et commerçants au-delà de deux fois le plafond de la sécurité sociale par rapport aux salariés. Pour un taux de cotisation identique jusqu'au plafond, le taux de la cotisation déplafonnée ne sera encore en 2017 que de 0,7 % au RSI, contre 2,3 % au régime général.

2 - Les voies d'amélioration possibles

a) Des taux de cotisations maladie et vieillesse des travailleurs indépendants à rapprocher de ceux des salariés

Les branches maladie et vieillesse de base du RSI étant désormais intégrées financièrement au régime général, un rapprochement entre les efforts contributifs des travailleurs indépendants, à niveau de revenu d'activité égal et ceux des salariés du secteur privé apparaît indispensable. Ce rapprochement appelle une augmentation progressive du taux de cotisations maladie des indépendants de l'ordre de deux points après le

déplafonnement intervenu en 2013 et celle du taux de cotisation vieillesse déplafonnée¹⁸².

Comme la Cour l'a déjà souligné, la modification fondamentale du modèle de financement du RSI que représente la suppression sur trois ans de la contribution sociale de solidarité, qui équilibrait jusque-là les branches maladie et vieillesse de ce régime et l'intégration financière complète de ces dernières au régime général rendent impérative la poursuite de l'augmentation d'un effort contributif qui reste inférieur à celui des salariés, sauf à laisser à la charge du régime général et donc de ces derniers les déficits structurels que connaît le RSI.

Par ailleurs, ces rapprochements de taux ne réduiront qu'en partie les écarts d'efforts contributifs entre salariés et non-salariés tant que des phénomènes de sous-déclaration d'assiette perdureront pour les non-salariés, comme la Cour l'a déjà souligné¹⁸³.

b) L'intérêt désormais limité d'un réexamen de l'assiette spécifique des cotisations maladie et famille de la fonction publique

La limitation de l'assiette des cotisations maladie et famille aux seuls traitements pour les titulaires des trois fonctions publiques engendre de moindres cotisations pour près de 4,5 Md€, compte non tenu par ailleurs des différences de taux avec le régime général pour ce qui est de la cotisation maladie. La Cour avait recommandé en 2007¹⁸⁴ d'aligner les assiettes et les taux des cotisations patronales famille et maladie sur ceux du secteur privé.

182. Voir sur ce point la recommandation formulée par la Cour des comptes dans son *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre XVI : les retraites des artisans et des commerçants : une soutenabilité menacée, un poids croissant pour la collectivité nationale, p. 467-490, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

183. Cour des comptes, *Rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XV : les retraites des exploitants agricoles, p. 423-450, septembre 2013 ; *pour 2014*, chapitre XVI : les retraites des artisans et commerçants : une soutenabilité menacée, un poids croissant pour la collectivité nationale, p. 467-490, septembre 2014, la Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

184. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2007*, chapitre VI : l'assiette des prélèvements sociaux finançant le régime général p. 166, septembre 2007, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Cependant, les allègements de cotisations sociales en faveur de l'emploi des moins qualifiés placent désormais l'effort contributif moyen des salariés du secteur privé à un niveau équivalent à celui du secteur public. Dès lors, l'alignement des assiettes et des taux des cotisations des employeurs publics sur ceux du secteur privé, à périmètre de prestations identique, conduirait à un effort contributif moyen supérieur pour le secteur public.

B - Rétablir la simplicité et la lisibilité du prélèvement sur le facteur travail lié aux cotisations sociales

1 - L'affichage de prélèvements supérieurs à leur réalité, à défaut d'une intégration des allègements généraux dans le barème des cotisations

Au sein de chaque régime et de chaque branche, le principe d'un prélèvement proportionnel aux revenus d'activité par application d'un taux fixe de droit commun semble garantir la simplicité et la lisibilité des cotisations sociales, aux règles de plafonnement et de cotisations minimales près. En réalité, de très nombreuses dérogations s'appliquent, notamment pour les cotisations dues au régime général.

Principale dérogation au droit commun par leur montant (20,7 Md€ en 2013), les allègements généraux conduisent à afficher, pour plus de 10 millions de salariés, des taux de cotisations et de contributions sociales patronales en déconnexion de plus en plus forte, du fait des exonérations supplémentaires mises en œuvre dans le cadre du pacte de compétitivité, avec les charges réellement supportées par les employeurs.

Tableau n° 56 : niveau des taux de cotisations patronales du barème et des taux effectifs selon le niveau de salaire en 2016

En %

Entreprises de plus de 20 salariés	1 SMIC	1,3 SMIC	>1,6 SMIC
Taux de cotisations/contributions des barèmes*	28,45	28,45	28,45
<i>dont maladie au régime général</i>	<i>12,80</i>	<i>12,80</i>	<i>12,80</i>
<i>dont vieillesse au régime général</i>	<i>10,40</i>	<i>10,40</i>	<i>10,40</i>
<i>dont famille au régime général</i>	<i>3,45</i>	<i>3,45</i>	<i>3,45</i>
<i>dont AT-MP mutualisé</i>	<i>1,00</i>	<i>1,00</i>	<i>1,00</i>
<i>dont CSA</i>	<i>0,30</i>	<i>0,30</i>	<i>0,30</i>
<i>dont FNAL</i>	<i>0,50</i>	<i>0,50</i>	<i>0,50</i>
Taux de cotisation effectif après allègement	-	17,51	28,45
<i>dont maladie au régime général</i>	<i>-</i>	<i>7,70</i>	<i>12,80</i>
<i>dont vieillesse au régime général</i>	<i>-</i>	<i>6,25</i>	<i>10,40</i>
<i>dont famille au régime général</i>	<i>-</i>	<i>2,07</i>	<i>3,45</i>
<i>dont AT-MP mutualisé</i>	<i>-</i>	<i>1,00</i>	<i>1,00</i>
<i>dont CSA</i>	<i>-</i>	<i>0,18</i>	<i>0,30</i>
<i>dont FNAL</i>	<i>-</i>	<i>0,30</i>	<i>0,50</i>

* la réduction de 1,8 point de cotisation famille applicable jusqu'à 3,5 SMIC est considérée ici comme intégrée au barème.

Source : Cour des comptes d'après LFRSS 2014.

Comme l'a déjà souligné la Cour en 2011 dans son rapport sur les prélèvements fiscaux et sociaux en France et en Allemagne¹⁸⁵, ce décalage entre les taux de prélèvement effectifs et les taux réglementaires nuit à la transparence des coûts du travail. À ce titre, il risque de fausser l'appréciation portée par les acteurs économiques, en particulier étrangers, sur l'attractivité du territoire français. L'intégration des allègements généraux dans le barème des cotisations sociales mettrait un terme à ce décalage et obligerait les pouvoirs publics à redéfinir et donc à réexaminer, la plupart des exonérations ciblées. La Cour a ainsi déjà recommandé à plusieurs reprises une telle « barémisation »¹⁸⁶ depuis le changement de modalités de compensation par l'État de ces allègements généraux introduit par la loi de financement pour 2011, avec l'affectation pérenne de ressources fiscales à la sécurité sociale, sans plus tenir compte, comme par le passé, de l'évolution annuelle de leur coût effectif.

185. Cour des comptes, *Rapport public thématique, Les prélèvements sociaux et fiscaux en France et en Allemagne*, mars 2011, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

186. Cour des comptes, *Rapports 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. 136-163, septembre 2012 ; *pour 2013*, chapitre V : la maîtrise des niches sociales, un enjeu toujours majeur, p. 143-171, septembre 2013, la Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

2 - Une illisibilité accrue du coût du travail du fait du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi

La « barémisation » des allègements généraux actuels ne rétablirait toutefois que partiellement la lisibilité des charges supportées par les entreprises sur les salaires. Celle-ci est en effet affectée également par la mise en place du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en 2013.

Le CICE consiste en une réduction d'impôt sur les sociétés égale, à partir de 2015, à 6 % de la masse des salaires inférieurs à 2,5 fois le SMIC (soit un coût de 20 Md€ en régime de croisière équivalent à 4,5 % de la masse salariale totale des entreprises éligibles). Même s'il poursuit des objectifs en partie distincts de ceux des allègements, puisqu'il vise aussi à améliorer la compétitivité des entreprises exportatrices¹⁸⁷, il contribue comme les allègements généraux à réduire le coût du travail. L'impact cumulatif du CICE et des allègements généraux de cotisations représente de fait une réduction du coût du travail pour un salarié rémunéré au SMIC de 35,75 points pour les entreprises de moins de 20 salariés et de 36,15 points pour celles de 20 salariés et plus en 2015¹⁸⁸.

La coexistence de deux dispositifs de soutien public proportionnels aux salaires, l'un fiscal et l'autre social, accentue l'illisibilité du coût effectif du travail pour les entreprises ainsi que la Cour l'a déjà mis en évidence¹⁸⁹. Les pouvoirs publics ont annoncé leur intention de procéder à horizon 2017 à la transformation du CICE en allègements généraux supplémentaires de charges.

Cette évolution souhaitable en termes de lisibilité et de simplification offre l'opportunité de redéfinir un barème de cotisations qui soit en cohérence avec les logiques de financement des différents risques et régimes de sécurité sociale, aujourd'hui compromises du fait de l'imputation des allègements généraux. Les travaux complémentaires souhaités par les ministres chargés des finances, des affaires sociales et

187. Le CICE doit contribuer à augmenter le taux de marge des entreprises et à diminuer la part du coût du travail dans la valeur ajoutée.

188. En prenant en compte la réduction de 1,8 point de la cotisation famille jusqu'à 1,6 SMIC, l'exonération maximale des cotisations patronales renforcée au 1^{er} janvier 2015 et les 6 points de CICE.

189. Cour des comptes, *Communications à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale*, Le financement de la branche famille, novembre 2012 et mai 2013, la Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

du travail, en réponse à un référé récent de la Cour¹⁹⁰, sur certaines incidences de l'intégration des allègements généraux dans le barème (différenciation des barèmes par risque et disparition des conditionnalités aujourd'hui attachées aux allègements¹⁹¹), pourraient ainsi s'inscrire dans le cadre plus large des réformes en cours (nouvelles étapes d'allègement de charges, évolution du CICE notamment).

C - Tenir compte du caractère contributif ou assurantiel de certains risques pour la redéfinition d'un nouveau barème de cotisations

Des logiques de financement distinctes selon les risques couverts

S'agissant de l'assurance maladie et de la branche famille, pour lesquelles la part des dépenses purement contributives est aujourd'hui inférieure à 10 %, le financement par cotisations se justifie moins, au regard du principe de contributivité, que pour les risques vieillesse et accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP).

La part des cotisations sociales dans les recettes de l'ensemble des régimes de retraite, tenant compte des allègements existants, était en 2013 globalement cohérente avec la part de leurs dépenses encore proportionnelles aux montants de cotisations acquittées. Pour le régime général notamment, la part des prestations contributives (63 %) était de fait sensiblement égale à la part des cotisations sociales prélevées sous le plafond de la sécurité sociale dans le total des ressources de la CNAVTS (64 %). Les régimes complémentaires demeurent les plus contributifs car ils appliquent un nombre limité de dispositifs de solidarité (liés essentiellement à la validation des périodes de chômage ou de maladie) et ont conservé une part élevée de financement par cotisations (85 % en moyenne), en ne connaissant que des mesures marginales d'exonération de cotisations¹⁹².

190. Référé sur le pilotage et le suivi des allègements généraux de cotisations sociales patronales sur les bas salaires en tant qu'instrument de politique de l'emploi, rendu public le 21 avril 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

191. Conditionnalités relatives au respect de la législation sociale et du droit du travail.

192. Seules les cotisations à l'ARRCO sur les rémunérations des apprentis font l'objet d'une mesure d'exonération.

Le risque accidents du travail et maladies professionnelles a conservé depuis l'origine un caractère assurantiel, qui appelle un financement par des cotisations exclusivement patronales ajustées au niveau des dépenses, afin d'inciter les entreprises à la prévention de ces risques.

1 - Un renforcement des allègements généraux de nature à fragiliser les logiques de financement des risques vieillesse et AT-MP

En 2013, avant la mise en œuvre des mesures du pacte de responsabilité, les allègements généraux représentaient une réduction de cotisations de 20,7 Md€, répartie comme suit entre les régimes et les différentes branches du régime général concernés :

Tableau n° 57 : répartition du coût des allègements généraux entre régimes pour l'année 2013

En M€

	Montant des allègements généraux	Rapportés à la masse salariale concernée	Rapportés à la masse théorique des cotisations concernées
Régime général			
CNAMTS Maladie	9 096	1,9 %	15 %
CNAF	3 859	0,8 %	15 %
CNAVTS	6 821	1,7 %	15 %
MSA salariés (maladie + vieillesse)	909	4,8 %	21 %
Autres	48	< 1 %	n.d
Total	20 733		

Source : Cour des comptes d'après données CCSS et PLFSS 2015.

Les mesures du pacte de responsabilité, mises en œuvre par la loi de financement rectificative d'août 2014, prévoient un renforcement des allègements généraux au niveau du SMIC : quelle que soit la taille de l'entreprise, ces allègements représentent désormais la totalité des points de cotisations patronales dues aux branches maladie, famille et vieillesse du régime général, ainsi qu'un point de cotisation AT-MP¹⁹³.

193. Toutes les entreprises cotisent à un taux AT-MP net d'au moins 1 %, en raison des majorations et points de cotisations « mutualisés ». Le renforcement des allègements porte également sur les contributions de solidarité autonomie (CSA) et FNAL, dont le niveau varie selon la taille de l'entreprise.

Toutes choses égales par ailleurs, le renforcement des allègements généraux au niveau du SMIC conduira à réduire encore la part des cotisations sociales dans les ressources de la branche vieillesse, au risque que cette part devienne inférieure à celle des prestations de la branche à caractère contributif.

Même si la loi¹⁹⁴ prévoit que les cotisations AT-MP ne seront concernées que dans la mesure où le niveau global de l'allègement le nécessitera, c'est-à-dire à proximité immédiate du SMIC, cette extension des allègements au risque AT-MP va à l'encontre du principe assurantiel qui fonde le mode de financement de la branche AT-MP par la voie de cotisations à la charge des employeurs de salariés.

2 - Les enjeux de la transformation du CICE en allègements généraux supplémentaires de cotisations

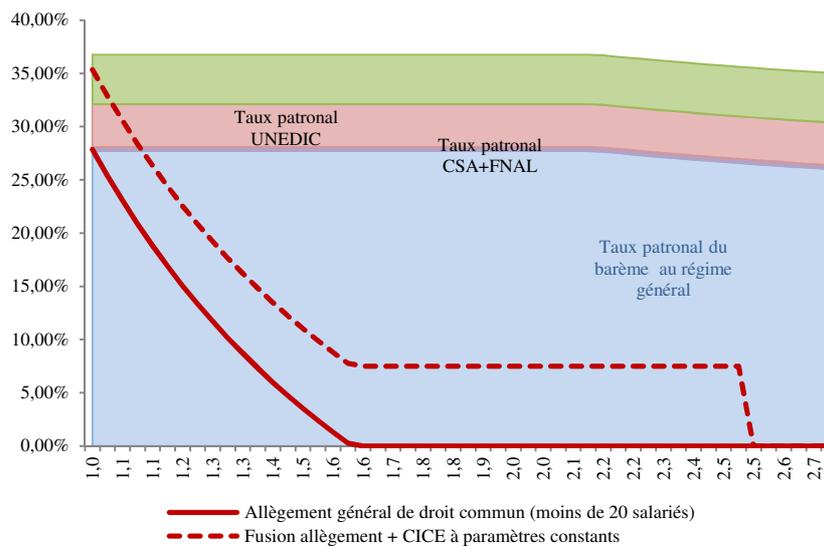
Dans l'hypothèse d'une transformation totale du CICE en allègements, à paramètres constants, c'est-à-dire à niveau de soutien inchangé au long de l'échelle des salaires par rapport au cumul actuel des deux dispositifs, les taux d'allègement de cotisations seraient, à chaque niveau de salaire, augmentés d'au moins 7,5 points¹⁹⁵.

Or, les allègements actuels conduisent déjà à supprimer au niveau du SMIC la totalité des cotisations patronales dues aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Dès lors, au niveau du SMIC, l'essentiel des 7,5 points supplémentaires devrait être imputé sur les cotisations patronales aux régimes conventionnels de retraites complémentaires (AGIRC-ARRCO) et d'assurance chômage (Unédic). Les cotisations versées à ces régimes et à l'assurance chômage seraient alors amputées d'environ 1,5 Md€. Une telle évolution, qui nécessiterait en tout état de cause un accord des partenaires sociaux qui en ont la responsabilité directe, entraînerait une transformation structurelle très profonde de la logique de financement de ces régimes.

194. Article L. 241-13 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction actuelle issue de la loi de financement rectificative pour 2014.

195. Dans la mesure où, à montant brut égal, un allègement de cotisations induit un surcroît d'IS (de l'ordre de 20 à 25 % selon la direction du Budget) contrairement à un crédit d'impôt, cette hypothèse suppose que les 20 Md€ de CICE soient transformés en quelques 24 à 25 Md€ d'allègements supplémentaires, soit, sur la même plage de rémunération que le CICE (de 1 à 2,5 SMIC) non pas 6 points d'allègement de cotisations, mais au moins 7,5 points.

Graphique n° 15 : effets possibles de la transformation du CICE en allègements généraux supplémentaires de cotisations patronales à paramètres constants



Note de lecture :

- les aires de couleur figurent les niveaux de taux de cotisations selon les barèmes applicables aux différents régimes ou organismes auxquels cotisent de façon cumulative les employeurs de salariés du secteur privé ;
- les courbes figurent le niveau d'allègement avant et après transformation du CICE en allègements supplémentaires de cotisations. Après transformation, la courbe du nouvel allègement, en pointillé, dépasse, à proximité du SMIC, le niveau du barème des cotisations au régime général. En effet, elle traverse la zone des barèmes de cotisations aux régimes AGIRC-ARRCO et à l'Unédic, ce qui indique que l'allègement supplémentaire s'imputerait pour partie sur ces cotisations.

Source : calculs Cour des comptes.

La fusion des deux dispositifs pourrait en revanche être l'occasion pour les pouvoirs publics, à travers un réexamen des niveaux de soutien public au long de l'échelle des salaires, de clarifier les objectifs poursuivis, entre soutien à l'emploi des salariés les moins qualifiés et soutien à la compétitivité.

Plusieurs combinaisons sont naturellement envisageables en fonction des objectifs qui seraient jugés souhaitables. À titre purement illustratif, la Cour a cherché à en analyser les effets en construisant trois scénarios en fonction de choix contrastés.

Illustration de quelques scénarios possibles d'évolution du soutien public au long de l'échelle des salaires

Si les pouvoirs publics souhaitaient, à l'occasion de la transformation du dispositif fiscal du CICE en une réduction de cotisations sociales, modifier l'équilibre actuel des objectifs économiques poursuivis, de nombreuses options seraient alors possibles. À titre d'illustration, sous l'hypothèse d'un maintien du niveau global de soutien public par rapport à une transformation du CICE à périmètre constant (soit 40 Md€ au total), trois types de scénarios sont ici esquissés.

Le premier (scénario S1) correspond à une réorientation du soutien vers les bas salaires, en partant du taux d'allègement assuré par l'addition des deux dispositifs au niveau du SMIC et avec un point de sortie de l'allègement ramené à 2,2 SMIC. Le volume d'aide entre 1 et 1,6 SMIC serait alors augmenté de 4 Md€, ce qui conduirait notamment à accroître les allègements de cotisations pour les régimes conventionnels par rapport à une transformation à périmètres constants.

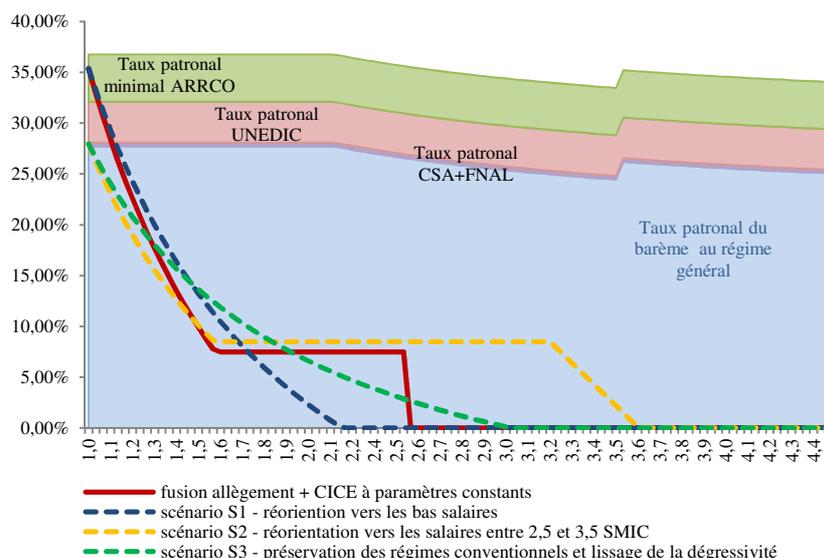
Le deuxième (scénario S2) correspond à une réorientation de l'effort public vers les salaires entre 2 et 3,5 SMIC, en limitant le soutien proche du SMIC au niveau permis par les seuls allègements actuels, ce qui éviterait ainsi de toucher aux cotisations des régimes conventionnels. La dégressivité de l'allègement s'arrêterait au taux de 8,5 % à partir de 1,6 SMIC et jusqu'à 3,2 SMIC. Elle reprendrait entre 3,2 et 3,6 SMIC. Le volume d'aide sous 1,6 SMIC serait réduit de 4,5 Md€ au bénéfice des salaires supérieurs à ce seuil. Ce scénario cible davantage les secteurs les plus exposés à la concurrence internationale¹⁹⁶, dans un objectif de compétitivité-prix, avec le risque toutefois qu'au-delà de 2,5 SMIC, une partie des allègements se dissipe dans des augmentations du salaire net.

Le troisième (scénario S3) correspond au choix d'un profil plus régulier de dégressivité depuis le niveau de soutien des allègements généraux actuels pour un salarié au SMIC, ce qui éviterait de toucher les régimes conventionnels, mais porterait le seuil de sortie à près de 3 SMIC. Le soutien public serait réduit sur les salaires jusqu'à 1,3 SMIC pour un montant total de plus de 2,5 Md€, mais ce sont surtout les salaires intermédiaires (entre 1,4 et 1,9 SMIC) qui bénéficieraient d'une augmentation de l'aide publique.

196. Le rapport Gallois *Pacte pour la compétitivité de l'industrie française* (novembre 2012) préconisait une réduction de charges sur une plage de salaires étendue allant jusqu'à 3,5 SMIC afin de viser directement les secteurs exportateurs. C'est au demeurant en cohérence avec cette préconisation qu'il est prévu d'élargir en 2016 aux salaires situés entre 1,6 et 3,5 SMIC l'exonération de cotisations patronales familiales de 1,8 point dont ont bénéficié en 2015 les rémunérations jusqu'à un plafond de 1,6 SMIC.

Le graphique ci-après présente ces différents scénarios de transformation totale du CICE en allègements généraux supplémentaires de cotisations sociales.

Graphique n° 16 : illustration de différents scénarii de transformation totale du CICE en allègements généraux supplémentaires de cotisations patronales en 2017



Source : Cour des comptes.

En cas de transformation totale du CICE en allègements généraux supplémentaires, un arbitrage devrait intervenir entre la préservation de la logique contributive de financement des régimes conventionnels, qui est au fondement même de leur fonctionnement et le maintien du niveau actuel du soutien public au niveau du SMIC.

Respecter pleinement cette logique contributive essentielle, c'est-à-dire ne pas faire porter d'allègements sur les cotisations des régimes conventionnels, nécessiterait soit de conserver une partie du CICE sous une forme fiscale, pour les salaires qui seraient concernés par un niveau d'allègement supérieur au niveau maximum de l'allègement actuel¹⁹⁷, soit de réduire le niveau global du soutien public dont bénéficient actuellement les entreprises au titre de salaires compris entre 1 et

197. Soit entre 1 et 1,1 SMIC en cas de fusion sans réorientation du soutien publique le long de l'échelle des salaires. Le crédit d'impôt résiduel représenterait alors environ 1,5 Md€.

1,1 SMIC du fait du cumul des allègements généraux de cotisations et du CICE.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Depuis les années 1980, la part des cotisations dans le total des ressources de la sécurité sociale a diminué de près de 20 points au profit de la CSG et des impôts et taxes affectés, même si elle reste encore prépondérante.

Cette évolution traduit la volonté des pouvoirs publics, à partir de la fin des années 1980, de diversifier les ressources de la sécurité sociale dans un double objectif : d'une part, élargir l'assiette des prélèvements sociaux au-delà des revenus d'activité afin de financer de façon plus équitable la croissance rapide des dépenses et, d'autre part, limiter le poids des prélèvements sociaux sur le coût du travail par une politique de plus en plus marquée d'allègements généraux pour soutenir l'emploi et la compétitivité des entreprises. Par de nombreux aspects, cette évolution a aussi tiré les conséquences de l'universalisation des prestations familiales et de la réduction progressive du caractère contributif de la plupart des prestations, notamment d'assurance maladie.

Il en résulte un mode de financement de plus en plus brouillé et instable d'autant que la mise en œuvre du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi, qui poursuit les mêmes objectifs que les allègements généraux, renforce la complexité et accroît la déconnection entre les taux affichés et les prélèvements effectifs.

Sauf à compromettre la légitimité d'un type de prélèvement qui est au fondement même non seulement du financement, mais de l'organisation de la sécurité sociale, puisqu'il demeure la condition de l'affiliation et de l'ouverture de la plupart des droits à prestations, il importe que soient mises plus clairement en évidence pour les assurés les conditions de la solidarité financière qui les unit en termes de taux d'effort contributif et pour les employeurs la réalité du prélèvement effectif au regard des barèmes affichés.

À ce titre, l'intégration financière des branches maladie et vieillesse du RSI au régime général en 2015 soulève de manière pressante la question de l'harmonisation des efforts contributifs entre travailleurs indépendants et salariés, dès lors que la suppression de leur mécanisme d'équilibrage par la contribution sociale de solidarité risque de laisser supporter au régime général et par là même aux salariés, la charge des déficits structurels du RSI.

La transformation du CICE en allègements généraux supplémentaires de cotisations annoncée à l'horizon 2017 par les pouvoirs publics offre l'opportunité qui ne doit pas être manquée de redéfinir le barème des cotisations sociales en fonction des prélèvements effectifs et non de ceux affichés en trompe l'œil comme aujourd'hui. Elle procure aussi l'occasion de remodeler le barème en cohérence avec les logiques de financement des risques et régimes, aujourd'hui affectées, en particulier par l'extension des allègements aux cotisations AT-MP et par la part de plus en plus importante des cotisations d'assurance vieillesse prises en charge sur financements publics alors qu'il s'agit de salaires différés et que le lien entre cotisations et pension reste marqué par une forte logique de contributivité.

La fusion des dispositifs devrait plus généralement être mise à profit par les pouvoirs publics pour clarifier, à travers un réexamen des niveaux de soutien public au long de l'échelle des salaires, les objectifs poursuivis, entre soutien à l'emploi des salariés les moins qualifiés et soutien à la compétitivité.

Les scénarios construits et analysés par la Cour à titre illustratif mettent en évidence à cet égard la nécessité de choix essentiels sur l'orientation des efforts d'allègements. En particulier, à paramètres constants au niveau du SMIC, la transformation totale du CICE en allègements de charges supposerait que l'essentiel des allègements supplémentaires soit imputé sur les cotisations patronales aux régimes conventionnels de retraite complémentaires (AGIRC-ARRCO) et d'assurance chômage (Unédic), dans la mesure où d'ores et déjà les allègements actuels ont pour effet de supprimer pour un salarié rémunéré au SMIC l'ensemble des cotisations patronales aux régimes de base. Une telle évolution, qui nécessiterait en tout état de cause un accord des partenaires sociaux qui ont la responsabilité directe de ces régimes, entraînerait une transformation structurelle très profonde de la logique contributive de financement qui fonde leur fonctionnement.

Respecter pleinement cette logique contributive essentielle apparaît souhaitable, mais nécessitera de conserver une partie du CICE sous une forme fiscale, sauf à réduire le niveau global du soutien public dont bénéficient actuellement les entreprises au titre des salaires au niveau du SMIC et légèrement supérieurs à ce dernier.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

14. harmoniser progressivement les efforts contributifs entre les cotisants au régime général et ceux aux régimes qui lui sont financièrement intégrés ;

15. redéfinir à l'occasion de la transformation du CICE en allègements généraux de charges le barème des cotisations sociales, de manière à supprimer toute déconnexion entre taux affichés et cotisations effectives ;

16. prendre en considération, à l'occasion de la transformation du CICE en allègements généraux de charges, la logique contributive de financement des régimes de retraites complémentaires et d'assurance chômage et celle, de nature assurantielle, de financement du risque AT-MP.

DEUXIÈME PARTIE

RENFORCER LA RÉGULATION DE L'ASSURANCE MALADIE ET LA MAÎTRISE DE SES DÉPENSES

A – La réorganisation inaboutie de l’offre de soins

Chapitre V

Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant

PRÉSENTATION

L'organisation de l'offre de soins est confrontée en permanence à plusieurs défis : s'adapter aux besoins de santé, prendre en compte les contraintes démographiques et géographiques, faire face aux contraintes financières, tout en améliorant la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins délivrés.

Depuis les années 1990, les pouvoirs publics ont cherché de manière plus volontariste qu'auparavant à rendre davantage cohérente l'organisation du système de soins afin d'améliorer les conditions de prise en charge tout en visant des gains d'efficacité permettant de modérer l'évolution des dépenses de santé. À cet effet, le choix a été fait de la région comme territoire de référence de l'organisation du système de santé, avec en particulier la création de schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) en 1991, puis des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) en 1999 auxquelles ont succédé les agences régionales de santé (ARS), mises en place par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Au-delà des réorganisations hospitalières, la recomposition territoriale de l'offre de soins a été étendue aux secteurs des soins de ville et du médico-social.

Entre 1994 et 2012, la consommation de soins de ville et de soins hospitaliers est passée de 70 Md€ à 132 Md€, soit une augmentation de 39 % en volume¹⁹⁸. Elle représente désormais 6,5 % du produit intérieur brut¹⁹⁹. Sur la même période, le personnel hospitalier médical et non médical a augmenté de plus de 16 % pour atteindre 1,2 million de personnes, alors que les effectifs des principales professions libérales de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, dentistes, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes) augmentaient de 47 % pour atteindre 360 000 personnes.

Dans le prolongement des analyses qu'elle a déjà consacrées récemment à plusieurs aspects de la réorganisation de l'offre de soins (les activités de soins de suite et de réadaptation²⁰⁰, l'avenir des hôpitaux

198. Éco Santé, euros constants 1994.

199. Elle représentait 6 % du PIB en 1994.

200. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XII : les activités de soins de suite et de réadaptation, p. 339-370, septembre 2012, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr

locaux²⁰¹ et la chirurgie ambulatoire²⁰²) ou à certains de ses outils (notamment la politique conventionnelle de l'assurance maladie avec les professions libérales de santé²⁰³), la Cour a cherché, à partir d'une enquête conduite tant auprès des administrations centrales que dans trois régions²⁰⁴ à apprécier la dynamique des actions conduites sur cette période comme l'efficacité des outils utilisés. Elle a aussi entendu dégager des enseignements utiles aux nouvelles étapes que rendent indispensables le resserrement des contraintes financières dans le contexte d'un déficit persistant de l'assurance maladie comme la nécessité de remédier à des difficultés persistantes de prise en charge des patients.

L'offre de soins s'est recomposée au cours des vingt dernières années, mais de manière lente et inégale (I). Les leviers utilisés par les pouvoirs publics pour la faire évoluer ont progressivement perdu de leur force contraignante et produisent des résultats décroissants (II). Alors que les contraintes vont s'accroître, de nouveaux outils sont nécessaires afin d'assurer l'égalité d'accès à des soins de qualité pour tous (III).

I - Une recomposition lente et inégale de l'offre de soins

A - Une reconfiguration partielle de l'offre hospitalière

L'hôpital occupe historiquement une place importante dans le système de soins français. Bien que la restructuration de l'offre de soins dans ce secteur ait fait l'objet d'une attention prioritaire, les comparaisons internationales montrent que l'hôpital conserve dans notre pays une place centrale qui continue à le singulariser par rapport à ses voisins.

201. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XI : l'avenir des hôpitaux locaux, p. 307-332, septembre 2013, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

202. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre VIII : la chirurgie ambulatoire, p. 229-252 septembre 2013, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

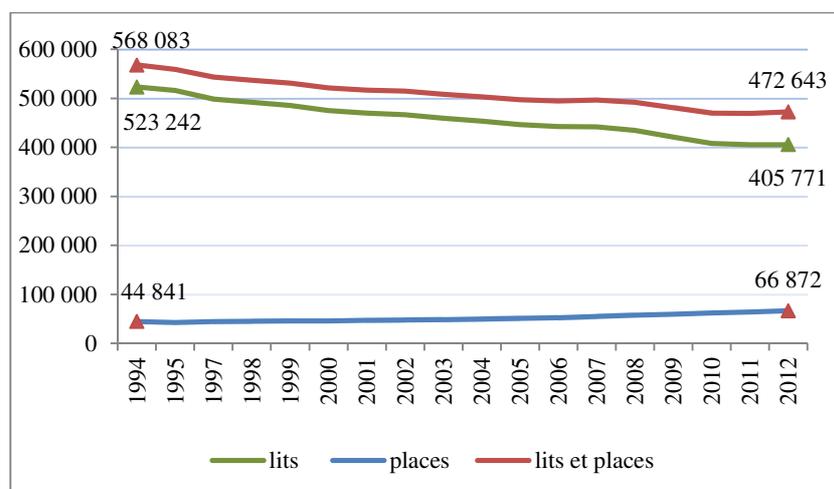
203. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre VIII : les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense, p. 231-256, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

204. Régions Bourgogne, Bretagne et Centre.

1 - Une offre de soins hospitaliers qui demeure plus importante qu'à l'étranger

De 1994 à 2012, les capacités hospitalières se sont réduites de 16,8 %²⁰⁵.

Graphique n° 17 : évolution des capacités hospitalières (1994-2012)



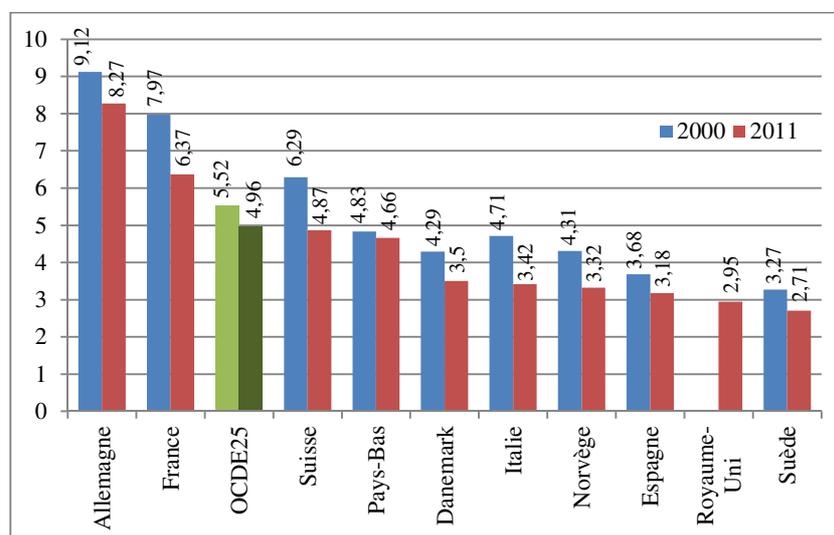
Source : *Statistiques annuelle des établissements de santé (SAE)-(DREES), Cour des comptes.*

Sur vingt ans, le nombre de lits a diminué de 22,5 %, au bénéfice notamment des places d'hospitalisation à temps partiel qui ont augmenté de 50 %.

205. Les capacités d'accueil des établissements de santé sont comptabilisées en nombre de lits pour l'hospitalisation complète (qui correspond aux unités hébergeant des patients pour une durée supérieure à une journée y compris celles fermées le week-end - il s'agit de l'hospitalisation dite « de semaine » -) et en places pour l'hospitalisation partielle. Cette dernière concerne l'accueil de jour ou de nuit et les unités ayant des activités d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire. Elle fait partie, avec l'hospitalisation à domicile, des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

Sur les dix dernières années, si le nombre de lits²⁰⁶ est passé de 8 à 6,4 pour 1 000 habitants, la France demeure toutefois encore au-dessus de la moyenne de cinq lits pour 1 000 habitants des pays membres de l'OCDE (organisation de coopération et de développement économiques), comme le montre le graphique ci-après et à un niveau supérieur à celui des pays nordiques, mais aussi des Pays-Bas, de l'Italie ou de l'Espagne, même s'il est plus faible qu'en Allemagne.

Graphique n° 18 : évolution du nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants (2000-2011)



Source : OCDE.

En outre, le nombre d'établissements de santé demeure lui-même élevé - même s'il a diminué au cours des dix dernières années²⁰⁷ - : la France compte 40,6 établissements de santé pour un million d'habitants, alors que la moyenne de l'OCDE s'élève à 29,5 (Allemagne : 40, Autriche : 32, Italie : 20, Royaume-Uni : 2,95 ; Suède : 2,71).

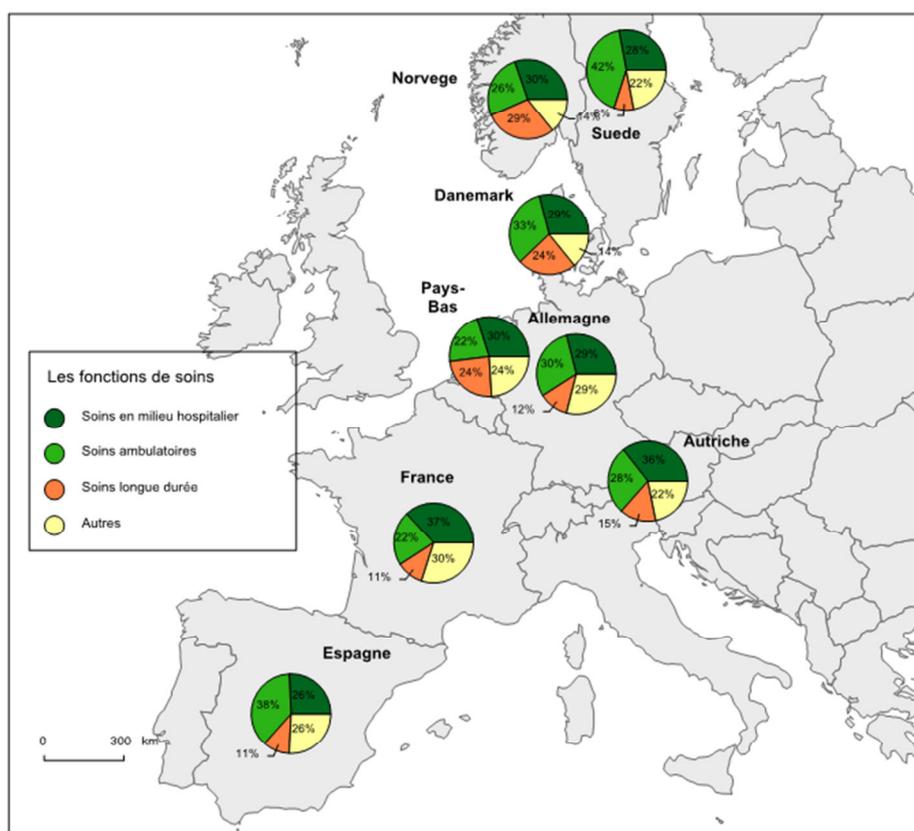
L'hôpital conserve toujours une place majeure dans le système de soins français. Il représente 37 % de la dépense de santé contre 29 % pour

206. Il s'agit des lits qui sont maintenus de façon continue et pour lesquels des ressources humaines sont allouées et immédiatement disponibles pour les soins des patients admis. Ils comprennent les lits de soins aigus, psychiatriques, de long séjour et les autres lits hospitaliers.

207. En 2000, la France comptait 51,4 hôpitaux par million d'habitants.

les pays de l'OCDE. L'Espagne, la Suède, le Danemark ou l'Allemagne affichent tous des taux compris entre 26 % et 29 %, comme le montre la carte ci-dessous.

Carte n° 1 : les dépenses de santé par fonction en 2013



Source : Cour des comptes d'après données OCDE.

La baisse globale des capacités hospitalières depuis 1994 ne s'est pas accompagnée d'une maîtrise des effectifs hospitaliers : entre 1995 et 2009, le personnel médical et non médical hospitalier a augmenté de 180 000 personnes, soit une progression de plus de 16 %²⁰⁸. Les

208. Éco santé. Les effectifs hospitaliers sont passés de 1,09 million de personnels médicaux et non médicaux en 1995 à 1,27 million en 2009.

conséquences de la politique de réduction du temps de travail n'expliquent que pour partie cette tendance²⁰⁹.

2 - Une réduction des écarts d'équipement régionaux

Les disparités en termes de lits d'hospitalisation complète se sont fortement réduites ces dernières années : l'écart entre la région la mieux dotée et la région la moins bien dotée, qui était en 1994 de 485 lits pour 100 000 habitants s'élève désormais à 265²¹⁰ (de 561 pour la Haute-Normandie à 826 dans le Limousin).

Les écarts ont notamment diminué pour le court séjour. En médecine, l'écart entre la région la mieux dotée et la région la moins bien dotée, qui était de 94 lits pour 100 000 habitants en 1994 (Corse et Poitou-Charentes) est passé à 74 lits en 2011 (237 pour le Limousin, 163 pour les Pays de la Loire). En chirurgie, l'écart s'est réduit de 86 à 61 lits (103 pour la Picardie, 164 pour le Limousin). En obstétrique, il est passé de 55 à 29 lits (64 en Auvergne, 93 en Franche-Comté).

La disparition de lits de soins de long séjour et de psychiatrie dans toutes les régions s'est accompagnée d'une réduction des disparités en taux d'équipement. L'écart entre la région la moins bien dotée et celle la mieux dotée est passé de 189 à 82 lits par habitant (en soins de longue durée) et de 70 à 57 lits par habitant (en psychiatrie). L'écart en taux d'équipement en lits de soins de suite et de réadaptation a pour sa part diminué de 188 à 115 lits par habitant, mais cette réduction recouvre des évolutions de sens opposé suivant les régions (augmentation en Île-de-France, en Haute-Normandie et en région Centre et réduction en Bretagne, en Languedoc-Roussillon et en Provence-Alpes-Côte d'Azur).

3 - Des évolutions très hétérogènes selon les disciplines

Les capacités hospitalières ont évolué de manière très diverse entre les différentes spécialités et à un rythme globalement plus rapide entre 1994 et 2003 qu'entre 2003 et 2012, ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

209. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre XIV : les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire, p. 441-463, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr
210. Éco santé.

Tableau n° 58 : évolution des capacités en lits et places (1994-2012)

		1994	2003	2012	Variation (%)		
					1994/2012	1994/2003	2003/2012
Chirurgie	Lits	117 540	93 205	79 736	-32,2	-20,7	-14,5
	Places	6 030	8 640	13 714	+127,4	+43,3	+58,7
	Total	123 570	101 845	93 450	-24,4	-17,6	-8,2
Médecine	Lits	126 139	112 772	115 798	-8,2	-10,6	+2,7
	Places	6 110	7 980	12 343	+102	+30,6	+54,7
	Total	132 249	120 752	128 141	-3,1	-8,7	+6,1
Obstétrique	Lits	27 293	22 518	20 586	-24,6	-17,5	-8,6
	Places	424	75	261	-38,4	-82,3	+248
	Total	27 717	22 593	20 847	-24,8	-18,5	-7,7
Soins de suite	Lits	94 146	91 201	100 706	+7	-3,1	+10,4
	Places	3 712	4 862	9 106	+145,3	+31	+87,3
	Total	97 858	96 063	109 812	+12,2	-1,8	+14,3
Psychiatrie	Lits	80 303	58 595	56 509	-29,6	-27	-3,6
	Places	25 897	25 864	28 289	+9,2	0	+9,4
	Total	106 200	84 459	84 798	-20,2	-20,5	+0,4
Soins longue durée	Lits	77 821	79 290	31 113	-58,7	+1,9	-59,5

Source : *Éco santé, établissements publics, privés non lucratifs et privés.*

Entre 1994 et 2012, les capacités d'hospitalisation en obstétrique comme en chirurgie ont diminué d'un quart. Celles en médecine sont en revanche demeurées stables ou presque (-3 %). Dans le même temps, 30 % des lits de psychiatrie ont fermé.

Les capacités en soins de suite et de réadaptation ont crû pour leur part de 7 %. La France consacre ainsi plus de 20 % de sa capacité hospitalière aux soins de suite et de réadaptation contre 4 % uniquement en moyenne dans les pays de l'OCDE²¹¹.

211. Paiement des hôpitaux et dégressivité tarifaire dans les pays de l'OCDE, août 2014. Cette particularité explique en partie une durée moyenne de séjour plus importante en France (9,2 jours) que dans la moyenne des pays de l'OCDE (8 jours en 2011).

4 - Des restructurations plus profondes dans le secteur privé que dans le secteur public

La réduction continue du nombre de structures hospitalières est principalement liée à la disparition d'établissements de statut privé par fermeture ou fusion : entre 1994 et 2012, le nombre de ces derniers a baissé de 28 % (de 2 349 à 1 689) ; pour sa part, le nombre d'hôpitaux publics a diminué de 15 % (de 1 065 à 903).

Les conséquences des difficultés économiques sont de fait plus radicales pour les structures privées, qui peuvent faire l'objet de procédures collectives de redressement et de liquidation. De telles conséquences n'existent pas pour les hôpitaux publics, dont le déficit ne conduit pas à mettre en cause la pérennité, mais se traduit par des mesures de réorganisation, souvent accompagnées par les pouvoirs publics dans le cadre de contrats de retour à l'équilibre ou plus rarement « d'administrations provisoires ». Par ailleurs, le caractère diversifié de l'activité des hôpitaux publics, qui peut comprendre, en sus du court séjour, du moyen et du long séjour, ainsi que des activités médico-sociales, leur permet un meilleur équilibre financier, ce qui n'est généralement pas le cas des établissements privés où les structures spécialisées sont plus nombreuses²¹².

B - Un développement du secteur médico-social en grande partie décorrélé de la recomposition hospitalière

Entre 1995 et 2013, le nombre de places des services de soins infirmiers à domicile a plus que doublé (de 51 000 à 113 000 places). Au cours des dix dernières années, le nombre de lits ou places en établissements pour personnes âgées dépendantes a été multiplié par quatre (540 000 lits et places en 2013, contre 121 000 en 2003). Entre 1995 et 2013, s'agissant de la prise en charge des personnes handicapées, le nombre de lits et places en maisons d'accueil spécialisées est passé de 9 000 à 25 000 et de 4 000 à 22 000 pour les foyers d'accueil médicalisés²¹³.

Ce développement de l'offre sanitaire du secteur médico-social a eu pour objet principal de répondre aux besoins liés au vieillissement de la population et à la prévalence croissante des maladies chroniques. Cet

212. Sur 1 097 cliniques, 959 sont spécialisées soit en court séjour, soit en soins de suite, soit en psychiatrie, les établissements polyvalents étant l'exception.

213. Éco santé.

essor a été favorisé par plusieurs plans de santé publique prévoyant la création de places dans ces établissements²¹⁴ et une progression soutenue de l'ONDAM médico-social²¹⁵.

Ce développement a été opéré sans tenir compte de l'ensemble des possibilités de reconversion de l'offre de soins hospitalière. En raison du cloisonnement des acteurs, la faculté de reconverter des activités hospitalières en activités médico-sociales n'a été que faiblement utilisée, hormis la transformation de lits de long séjour en lits d'établissements pour personnes âgées dépendantes. Le développement autonome de l'offre sanitaire du secteur médico-social apparaît ainsi en partie comme une occasion perdue d'accompagnement des restructurations hospitalières.

C - Des tentatives tardives d'organisation des soins de ville

1 - Des initiatives timides pour remédier aux difficultés croissantes d'accès aux soins dans certains territoires

Plus de 500 000 professionnels de santé²¹⁶ dispensent des soins de ville²¹⁷, en exerçant à titre libéral et/ou salarié. Au cours des vingt dernières années, leur nombre a très sensiblement augmenté, bien que suivant des rythmes différenciés, comme le montre le tableau ci-après portant sur l'exercice en libéral d'une partie des professions concernées.

214. Notamment les plans « vieillissement et solidarité » en 2004 et « solidarité grand âge » en 2007.

215. L'objectif fixé pour l'ONDAM médico-social était de 10,9 Md€ en 2005 et de 17,6 Md€ en 2014, soit une augmentation nominale de 61,5 %. À titre de comparaison, l'ONDAM hospitalier a progressé sur la même période de 23,5 %, passant de 60,9 Md€ à 75,2 Md€.

216 . Soit environ 215 000 médecins, 41 000 dentistes, 73 000 pharmaciens, 19 000 sages-femmes et 150 000 auxiliaires médicaux, ces professionnels exerçant soit à titre libéral soit à titre salarié (source : éco-santé, répertoire ADELI).

217. Il s'agit des soins effectués en cabinet de ville, en dispensaire, centres de soins ou lors de consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés. Ils se composent des soins dispensés au titre de l'activité libérale par les médecins, les dentistes et les auxiliaires médicaux (infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes), des actes d'analyse effectués en laboratoire et des soins dispensés en cures thermales (définition INSEE).

Tableau n° 59 : évolution de la démographie de certaines professions de santé au titre de l'exercice libéral (1994-2014)

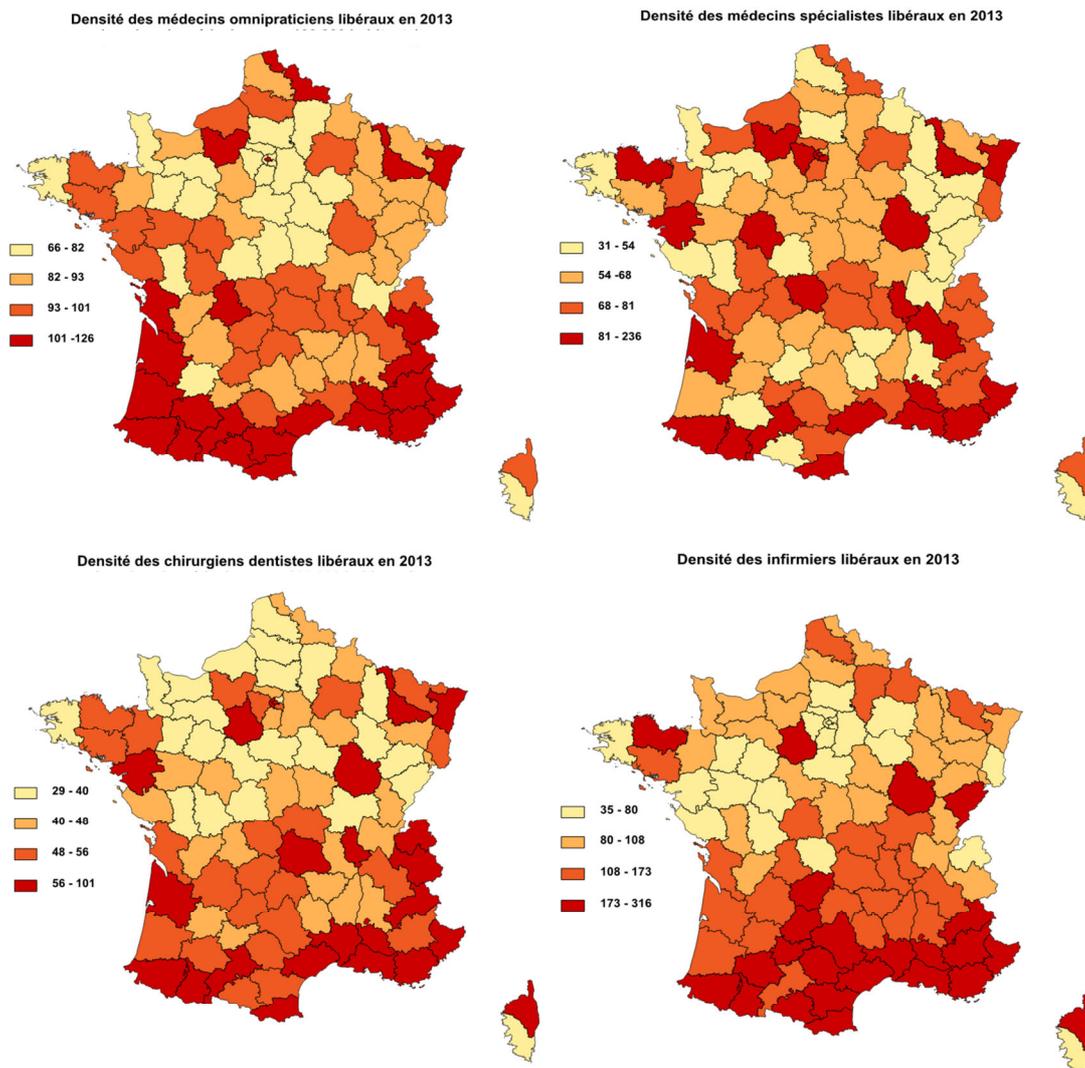
	1994	1999	2004	2009	2014*	Variation (%)
Médecins généralistes	68 802	68 478	69 567	70 014	69 226	+0,6
Médecins spécialistes	48 234	49 595	53 386	55 113	61 065	+26,6
Dentistes	37 119	38 087	38 543	38 125	37 850	+1,9
Infirmiers	44 112	56 601	63 215	76 904	103 396	+134,4
Sages-femmes	1 337	1 906	2 495	3 430	3 409	+154,9
Masseurs-kinés	34 140	39 640	47 200	54 424	64 032	+87,5
Orthophonistes	8 250	10 501	12 524	15 176	18 378	+122,8
<i>Population française (en millions)</i>	<i>59,07</i>	<i>60,12</i>	<i>62,25</i>	<i>64,30</i>	<i>65,80</i>	<i>+11,4</i>

*Pour les dentistes et les infirmiers la dernière date disponible est 2011.

Source : données éco santé, hors exercice salarié, SNIR, répertoire Adeli, RPPS. France entière.

Leur distribution géographique est hétérogène, ce qui conduit à des inégalités territoriales d'accès à l'offre de soins. Selon l'atlas 2014 de la démographie médicale réalisé par le conseil national de l'ordre des médecins, les densités médicales varient, au 1^{er} janvier 2014, de 238 médecins pour 100 000 habitants en Picardie à 366 médecins pour 100 000 habitants en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ces disparités sont encore plus sensibles au niveau départemental, voire infra-départemental (entre pôles urbains et zones rurales isolées) et entre professions de santé, comme le montrent les cartes ci-après :

Cartes n° 2-3-4-5 : densité moyenne départementale des professions au titre de l'exercice libéral pour 100 000 habitants en 2013 (France métropolitaine)



Source : SNIR – CNAMTS (en nombre pour 100 000 habitants).

Les inégalités territoriales sont plus marquées pour certaines professions médicales et paramédicales exerçant en libéral. Ainsi les écarts de densité départementale vont du simple au double pour les

médecins généralistes²¹⁸, de 1 à 7,5 pour les spécialistes pris dans leur globalité²¹⁹ et de 1 à 3,5 pour les chirurgiens-dentistes²²⁰. Pour les infirmiers, l'écart va de 1 à 9 suivant les départements²²¹. Ces écarts concourent aux délais d'attente importants pour obtenir une consultation qui peuvent être observés dans certains cas²²².

Aux difficultés d'accès aux soins résultant de l'éloignement géographique des professionnels de santé, peuvent s'ajouter des obstacles financiers liés au déficit d'une offre de soins à tarif opposable dans certaines zones. Ces obstacles se sont renforcés. La part des spécialistes exerçant en secteur II est passée de 30 % en 1985 à 38 % en 2005 et à 43 % en 2013. En outre, les dépassements ont très fortement augmenté : le taux moyen de dépassement a doublé depuis 1990 pour s'établir à 56 % en 2013. Dans certaines agglomérations, les patients n'ont, pour certaines spécialités, plus d'autre choix que de s'adresser à des médecins de secteur II.

Les négociations conventionnelles menées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) avec les professionnels de santé n'ont que tardivement cherché à contribuer à une meilleure répartition géographique de ces derniers. Ce n'est qu'en 2008 que des actions ont commencé à être mises en œuvre en ce domaine. Pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes, les dispositifs conventionnels combinent des incitations et des restrictions à l'installation. S'agissant des médecins, ils sont restés uniquement incitatifs.

218. La densité des médecins généralistes libéraux est comprise entre 66 médecins pour 100 000 habitants en Seine-Saint-Denis et 126 médecins pour 100 000 habitants dans les Pyrénées-Orientales.

219. La densité des médecins spécialistes libéraux est comprise entre 31 médecins pour 100 000 habitants en Haute-Saône et 236 médecins pour 100 000 habitants à Paris. Pour ne citer qu'une seule spécialité, la densité des ophtalmologues en 2013 varie de 3,3 pour 100 000 habitants en Haute-Saône à 18,3 pour 100 000 habitants à Paris.

220. La densité des chirurgiens-dentistes libéraux varie en 2011 de 29 pour 100 000 habitants dans la Somme à 101 pour 100 000 habitants à Paris.

221. La densité des infirmiers est comprise entre 35 infirmiers pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-Seine et 316 pour 100 000 habitants dans les Côtes-d'Armor.

222. Le délai moyen national d'attente pour un ophtalmologiste est de 111 jours en moyenne, de 57 jours pour un gynécologue et de 50 jours pour un dermatologue, mais ces moyennes recouvrent des disparités territoriales importantes. Source : Jalma, enquête IFOP 2014.

Les résultats en sont globalement modestes²²³, malgré quelques effets positifs du dispositif contraignant prévu pour améliorer la répartition des infirmiers exerçant en libéral (sur les trois ans d'application de ce dispositif, 300 infirmiers se sont installés dans des zones fortement sous-dotées, tandis que 400 ont cessé leur activité dans des zones sur-dotées). Pour leur part, les mesures incitatives ont bénéficié essentiellement aux professionnels déjà installés et l'impact sur les nouvelles installations dans les zones sous-dotées a été marginal, voire nul pour les médecins.

2 - Une organisation des soins de proximité toujours inaboutie

Une première tentative d'organisation des soins de proximité en ville a eu lieu à la fin des années 1990, alors que les pouvoirs publics engageaient de manière concomitante des restructurations importantes de l'offre de soins hospitalière.

Le dispositif de « médecin référent » instauré en 1997 reposait sur la signature d'un contrat de suivi médical entre le patient et le médecin généraliste, ce dernier s'engageant alors à tenir un dossier médical, à assurer des actions de prévention et à orienter le patient vers des spécialistes. Le « médecin traitant » créé par la loi du 13 août 2004 s'est ensuite substitué au « médecin référent », avec pour objectif de mettre en place un parcours de soins coordonné autour du patient par le médecin.

Dix ans plus tard, cette réforme reste inaboutie²²⁴. Malgré l'adhésion des patients, le manque de clarification des missions effectivement dévolues au médecin et la complexité du dispositif ont limité ses effets restructurants. L'échec du « dossier médical personnel » qui devait permettre de suivre le cheminement du malade dans le système

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 : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense, p. 231-256, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr. Dans le cadre du présent rapport, voir chapitre IX : les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai, p. 301-344.

224. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013*, Tome I-volume 2. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie, p. 187-218, février 2013, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

de soins, a fortement compromis les objectifs de cette réforme²²⁵. Le médecin traitant n'est pas devenu le pivot d'une organisation plus intégrée du système de soins à même de répondre à l'évolution des besoins de prise en charge.

Malgré le développement récent de maisons de santé pluri-professionnelles - on compte aujourd'hui environ 600 maisons de santé²²⁶ et 370 sont en projet - la structuration interprofessionnelle des soins de premier recours demeure toujours limitée à des expérimentations. Les clivages traditionnels entre professions n'ont pu être dépassés, comme en témoigne l'échec en novembre 2014 des négociations conventionnelles relatives aux modes de rémunération des prises en charge en équipes. Le règlement arbitral arrêté en février 2015 pour surmonter ces blocages prévoit certes un financement pouvant aller jusqu'à 50 000 € annuel²²⁷, mais le financement de « séquences de soins » au bénéfice d'équipes de professionnels regroupés autour d'un épisode de soins d'un patient, qui aurait dû permettre de généraliser les modes d'intervention coordonnée, n'a pu être mis en place en raison de l'échec des négociations sur ce point.

En tout état de cause, ce règlement ne pourra être le levier de changement attendu que si les différents professionnels libéraux d'un même bassin de santé acceptent de s'engager collectivement dans une démarche coordonnée et intégrée à laquelle ils se sont jusqu'à présent largement refusé.

225. Cour des comptes, *Communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale*, « Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place », juillet 2012, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

226. Les premières évaluations tendent à montrer que la création d'une maison de santé a plutôt un impact favorable sur la densité médicale des zones fragiles. Cf. IRDES, questions d'économie de la santé, n° 189 juillet / août 2013 et n°190 septembre 2013.

227. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. Cette aide est attribuée en contrepartie de l'atteinte d'objectifs en matière d'accessibilité horaire, d'articulation avec une offre de soins de second recours et de mise en place de système d'information commun notamment.

II - Des modalités de recomposition de moins en moins volontaristes

Au cours des vingt dernières années, les pouvoirs publics ont privilégié trois modalités d'intervention pour réorganiser l'offre de soins : la définition de règles, la régulation tarifaire et l'incitation auprès des différents offreurs de soins. La mise en œuvre de ces différents outils a progressivement perdu de sa force.

A - Un moindre recours à des règles contraignantes

1 - Une dilution de la portée de la planification

Un des premiers outils, institué en 1991, pour recomposer l'offre de soins est le schéma régional de l'organisation sanitaire, devenu en 2011 schéma régional de l'organisation des soins (SROS). Ce document de planification programme les évolutions de l'offre de soins sur les cinq années à venir. Il doit ensuite servir de fondement à toutes les décisions en matière d'autorisation, de contractualisation, de coopération et de financement. Depuis 1991, quatre générations de SROS se sont succédé²²⁸.

Les SROS des trois premières générations comportaient une annexe indiquant les créations, les regroupements, les transformations ou les suppressions d'activités. À l'origine indicative, cette annexe a revêtu un caractère opposable à compter de 1996, de façon à garantir que l'évolution de chaque établissement s'y inscrive et pour donner aux agences régionales de l'hospitalisation un cadre à leurs décisions en matière d'autorisation. Une forte dynamique de restructuration a été de fait observée au cours d'une première période.

En pratique, la force contraignante liée à l'opposabilité du SROS a cependant été affaiblie dès la deuxième génération des schémas régionaux.

Les agences régionales ont en effet eu tendance à s'abstenir de mentionner explicitement certains projets de réorganisation, de réduction d'activités ou de retrait d'autorisations qu'elles estimaient nécessaires, en considérant que l'inscription d'une telle opération dans le SROS, en la rendant opposable à l'établissement, risquait de créer une situation de

228. SROS I 1994-1999 ; SROS II 1999-2004 ; SROS III 2006-2011 ; SROS-PRS 2012-2017.

conflit et de blocage conduisant finalement à la faire échouer ou de susciter des contentieux qu'elles seraient susceptibles de perdre²²⁹. Les SROS se sont donc de plus en plus limités aux opérations pour lesquelles la modalité envisagée n'était pas susceptible d'être contestée par les différents acteurs.

Conformément aux recommandations de l'administration centrale²³⁰, les SROS de dernière génération, qui au demeurant ne comportent plus d'annexe, ne présentent plus d'opérations portant sur des établissements explicitement désignés, les décisions étant reportées à la négociation de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec ces derniers.

La fixation d'objectifs opposables aux établissements en termes de volume d'activité a également été abandonnée.

L'abandon d'objectifs quantifiés d'activité

Des « objectifs quantifiés de l'offre de soins » ont été introduits dans le SROS III (2006-2011). Ils étaient opposables aux établissements et portaient sur des nombres de séjours, de venues, de journées, d'actes ou de patients, encadrés par des valeurs minimales et maximales. En 2011, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a assoupli cet outil, qui n'a pas permis d'orienter de manière plus pertinente l'offre par rapport aux besoins du fait l'absence de méthode d'emploi, du défaut de suivi national et du caractère hétérogène des données utilisées.

Les objectifs quantifiés ont ainsi été remplacés par des indicateurs de pilotage d'activité (IPA), facultatifs pour les ARS et qui n'étaient au demeurant pas opposables aux établissements bien que figurant dans le SROS. Ces indicateurs, qui pouvaient également être déclinés dans les contrats pluriannuels avec les établissements sur la base d'un volume cible d'activité en médecine, chirurgie et soins de suite, n'ont dans les faits pas été utilisés. Le dispositif a été abandonné sans véritable évaluation.

229. Pour autant, l'analyse de la quinzaine de jugements rendus depuis l'adoption des SROS-PRS fait apparaître que des ARS ont vu leurs décisions (d'autorisation ou de refus d'autorisation d'activités) annulées lorsqu'elles n'étaient pas en mesure de démontrer que celles-ci étaient justifiées par la situation de l'offre de soins et les besoins de santé de la population, tels que présentés notamment dans leur SROS. Des annulations ont ainsi été prononcées lorsque les SROS manquaient de clarté, de précision et/ ou étaient insuffisamment cohérents avec les décisions prises. D'autres recours ont été rejetés, lorsque les agences ont pu se prévaloir de seuils d'activité ou de normes plus précises.

230. Guide méthodologique 2011 pour l'élaboration des SROS-PRS.

Malgré leurs limites, les schémas régionaux dessinent cependant un cadre dans lequel les établissements sont tenus d'inscrire leurs évolutions. Il n'en va pas de même pour l'offre de soins en ville. Un volet ambulatoire n'y a été que très tardivement introduit lors de la mise en place des SROS-PRS en 2011, sans aucun caractère opposable en termes d'installation ou d'évolution d'activité, à l'exception de la détermination de zones qui conditionnent l'attribution d'aides financières incitatives, mais dont la cohérence avec ceux retenus pour le même objectif dans le cadre des négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé est imparfaite²³¹.

2 - Un usage plus limité de la norme

Pour le secteur hospitalier, la fixation de seuils en matière d'activité et d'obligations à respecter en termes d'organisation des équipes, de personnels et d'équipements constitue un puissant levier de recomposition de l'offre de soins.

Diverses activités (obstétrique, urgences, réanimation, insuffisance rénale chronique terminale, anesthésie, soins intensifs, cancérologie, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, greffes, traitement des grands brûlés) ont fait l'objet d'une réglementation en ce sens²³². L'édiction de ces normes a eu un effet restructurant, inégal quand elles ont été définies de manière relativement large, mais parfois de grande ampleur²³³. Ainsi, les décrets du 9 octobre 1998 imposant des normes de sécurité et de fonctionnement aux maternités ont été à l'origine d'une réorganisation majeure, qui fait l'objet d'une analyse détaillée dans le cadre du présent rapport²³⁴.

Cependant, la portée de la norme a eu tendance à s'affaiblir, soit qu'elle ait été appliquée de manière insuffisamment rigoureuse sans qu'il en soit tiré de conséquences en termes d'autorisation d'activités, comme le montre le caractère inabouti de la recomposition des maternités, soit que la norme elle-même ait été redéfinie dans le sens d'une plus grande souplesse. Ainsi, en chirurgie, le « taux de change » qui subordonnait la

231. Voir chapitre VI du présent rapport : la stratégie et le pilotage central de l'organisation du système de soins : une refonte nécessaire, p. 217-244.

232. Articles D. 6124-1 à D. 6124-185 du code de la santé publique.

233. Voir chapitre X du présent rapport : l'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charge plus efficaces, p. 345-378.

234. Voir chapitre VII : les maternités : une réorganisation à poursuivre activement, p. 239-261.

création de places ambulatoires à la suppression de lits d'hospitalisation a été abandonné, ce qui s'est immédiatement traduit par le ralentissement du rythme de diminution des capacités d'hospitalisation traditionnelle dans cette discipline, puis par l'arrêt du mouvement de réduction du nombre de lits, en dépit d'un faible taux d'occupation²³⁵. Dans d'autres cas, l'absence d'actualisation a eu pour effet de priver cet outil de toute sa portée potentielle²³⁶.

Les pouvoirs publics ont de fait progressivement renoncé à agir par la norme. Ainsi, les décrets qui devaient, en application des articles L. 6122-1 et L. 6123-1 du code de la santé publique, réglementer les activités de médecine et de chirurgie n'ont toujours pas été pris. Un projet de texte avait cependant été préparé par l'administration afin de fixer à 1 500 actes le seuil d'activité minimal en chirurgie, mais l'ampleur de ses conséquences - il aurait entraîné la fermeture de 134 structures (64 % dans l'hospitalisation publique, 26 % dans le secteur des cliniques à but lucratif et 10 % dans celui des établissements privés à but non lucratif) - a entraîné son abandon.

B - Les limites de l'action tarifaire

Au cours des dix dernières années, la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) a constitué un moyen indirect mais potentiellement puissant d'incitation des établissements à se restructurer et donc de recomposition de l'offre de soins.

Les activités de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique) sont désormais financées selon cette modalité. L'application de la T2A a révélé de fréquentes situations de sous-activité ou d'efficacité insuffisante. Par ses conséquences sur la situation financière des établissements, elle a poussé leurs équipes à reconsidérer progressivement leurs organisations pour gagner en productivité, leurs activités pour les rendre plus dynamiques et, dans une moindre mesure, leurs capacités.

Indépendamment du fait que les activités de soins de suite et de réadaptation ainsi que de psychiatrie ne sont pas concernées par la

235. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre VIII : la chirurgie ambulatoire, p. 229-253., septembre 2013, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

236. Voir chapitres VIII et X du présent rapport : l'avenir des centres de lutte contre le cancer : un positionnement à redéfinir dans l'offre de soins, p. 269-298 et l'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charge plus efficaces, p. 345-378.

tarification à l'activité, le recours au seul levier tarifaire pour recomposer l'offre de soins présente cependant plusieurs limites.

La T2A constitue de fait pour les établissements de santé un mode de rémunération inflationniste, qui incite à la croissance de l'activité plutôt qu'à sa rationalisation. Par ailleurs, poussée à l'extrême, la recherche d'efficacité peut conduire des établissements, notamment dans le secteur de l'hospitalisation privée à but lucratif, à se concentrer sur les activités les plus rentables, au risque de rendre plus difficile dans certaines zones l'accès à certains soins.

L'outil tarifaire se révèle ainsi difficile à manier. D'un côté, il est utilisé pour contrer des effets inflationnistes. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a ainsi introduit un mécanisme de dégressivité tarifaire, au-delà d'un certain volume d'activité prédéfini. D'un autre côté, pour éviter le risque de disparition d'activités jugées nécessaires, la régulation par les tarifs a été compensée par des dotations forfaitaires pour certaines activités au titre de missions d'intérêt général ou par des aides contractuelles en fonction de la situation financière de certains établissements.

Plus fondamentalement, la logique de convergence des tarifs hospitaliers entre secteur public et secteur privé, dont l'objectif était d'aboutir à une échelle tarifaire unique pour le court séjour, a été abandonnée en 2013, au profit d'un principe de « neutralité tarifaire », qui vise à rapprocher les tarifs des coûts. Cette évolution a eu pour effet d'affaiblir l'effet incitatif de la tarification à la réorganisation de l'offre de soins publique.

C - Une préférence marquée pour des méthodes coopératives et incitatives, d'efficacité limitée

1 - Une promotion des coopérations au détriment des restructurations nécessaires

En 2009, la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » a érigé la coopération en instrument privilégié d'amélioration du parcours de soins des patients, de la recomposition de l'offre hospitalière et de la réduction des coûts.

Les établissements sont de fait de plus en plus souvent engagés dans de multiples dispositifs de coopération²³⁷, qui poursuivent plusieurs objectifs : la recherche de l'efficience (optimisation des ressources entre plusieurs établissements, par exemple sur des fonctions supports), le maintien d'une offre de soins (lorsque des problèmes de démographie médicale ou des contraintes financières menacent leur pérennité) et l'organisation de parcours de soins (pour assurer des complémentarités au travers du partage par exemple de plateaux techniques ou l'organisation de consultations avancées).

Ces coopérations, fondées sur le volontariat, peuvent certes contribuer à faciliter la conduite de restructurations en permettant aux acteurs de construire progressivement une vision commune de ce que devrait être l'offre de soins sur leur territoire. Toutefois, leur impact sur la recomposition territoriale de l'offre de soins n'apparaît pas déterminant, voire dans tous les cas pertinent.

Fréquemment, les coopérations entre établissements de santé constituent en effet un moyen d'éviter des restructurations plus profondes, en apportant des réponses ponctuelles à des difficultés de nature structurelle. Elles ne peuvent à elles seules résoudre les difficultés auxquelles une partie du système de soins est confrontée et qui conjuguent, bien souvent, déclin démographique, faiblesse de la densité médicale et isolement géographique.

Les dispositifs qui rencontrent le plus de succès sont ceux qui remettent le moins en cause l'autonomie des établissements hospitaliers, ce qui favorise d'autant moins la recomposition de l'offre de soins qu'ils sont peu ouverts sur d'autres acteurs. Il en va ainsi des groupements de coopération sanitaire qui constituent le dispositif de coopération le plus abouti, en permettant à des établissements de santé publics ou privés, à des structures médico-sociales, mais aussi à des associations et à des médecins libéraux de s'organiser ensemble autour d'un projet commun. À l'heure actuelle, 20 % seulement de ces groupements (soit environ 120) réunissent des établissements de santé et des médecins libéraux ; seuls 11 % comptent parmi leurs membres au moins un établissement social ou médico-social. Dans le cadre des communautés hospitalières de territoire,

237. Plus d'une quinzaine de dispositifs existent actuellement : groupements d'intérêt économique (GIE), groupements d'intérêt public (GIP), groupements de coopération sanitaire (GCS) de moyens ou d'établissements de santé, de fédérations médicales, de communautés hospitalières de territoire (CHT). On compte 500 GCS et une centaine de CHT. 222 directions communes hospitalières ont été mises en place entre 2004 et 2012.

la coopération entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire est encore moins fréquente.

Les groupements hospitaliers de territoire dont la création devrait devenir obligatoire aux termes du projet de loi de modernisation de notre santé, ce qui introduit certes un changement de philosophie important, ne visent pour leur part que la gestion en commun de fonctions supports (système d'information hospitalier, politique d'achats, coordination des plans de formation) et n'ont de ce fait pas d'incidence directe sur l'organisation de l'offre de soins.

2 - Une multiplication des contractualisations et des expérimentations

Au cours des dix dernières années, les démarches de contractualisation entre les ARS et les offreurs de soins se sont multipliées et ont concerné sous diverses formes l'ensemble des acteurs du système de soins. Les contrats conclus avec des établissements de santé, des établissements médico-sociaux, des maisons de santé ou des professionnels libéraux de santé (contrat d'engagement de service public, pacte territorial du médecin généraliste et ambulatoire²³⁸) cherchent plus ou moins systématiquement à s'inscrire en phase avec des objectifs de meilleure organisation de l'offre de soins.

Le recours à la contractualisation pour recomposer l'offre de soins est cependant peu opérationnel. La démarche est lourde à gérer car elle est pensée par acteur plutôt que par territoire de santé. De plus, elle produit peu d'effets en raison de la multiplicité et de la généralité des objectifs assignés aux parties prenantes ou du caractère chaque fois expérimental et mal coordonné des dispositifs ainsi contractualisés.

Il en est ainsi particulièrement de la prise en charge des personnes âgées : se superposent, sans être articulés, le projet « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA)²³⁹ et les expérimentations

238. Le contrat d'engagement de service public est destiné aux étudiants de médecine qui s'engagent à exercer dans une zone déficitaire à la fin de leur formation initiale. Le contrat de praticien de médecine générale (créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013) vise à sécuriser financièrement les premiers mois de l'installation et à favoriser l'installation dans les zones fragiles, de même que le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (créé par la loi de financement pour 2015), qui concerne aussi les spécialistes.

239. Instauré par la loi de financement pour 2013, le projet PAERPA est expérimenté dans neuf régions depuis 2013.

issues de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012²⁴⁰, qui portent tous deux sur de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Toutes ces expérimentations sont limitées à un territoire, une pathologie ou une population et mises en œuvre à petite échelle, sans préfigurer une réforme structurelle²⁴¹.

III - De nouveaux leviers pour amplifier une réorganisation indispensable

A - Faire face à des contraintes accrues

1 - La démographie rapidement déclinante des médecins

En 2009, les projections démographiques²⁴² faisaient apparaître une baisse de 9,7 % du nombre de médecins de 2006 à 2019, qui passerait sur cette période de 208 000 à 188 000, puis une croissance à partir de 2020, conduisant à 260 000 médecins en 2030, puis à 250 000 médecins environ en 2060. Cependant les évolutions observées depuis ces travaux n'ont pas confirmé ces projections. Les effectifs de médecins ont continué globalement de croître, en raison de la hausse du nombre de médecins étrangers, de départs à la retraite plus tardifs et du développement des possibilités de cumuls emploi-retraite à partir de 2009.

Dès lors, même si certaines spécialités ont commencé d'ores et déjà à voir leurs effectifs s'infléchir, le creux de la démographie médicale reste encore à venir.

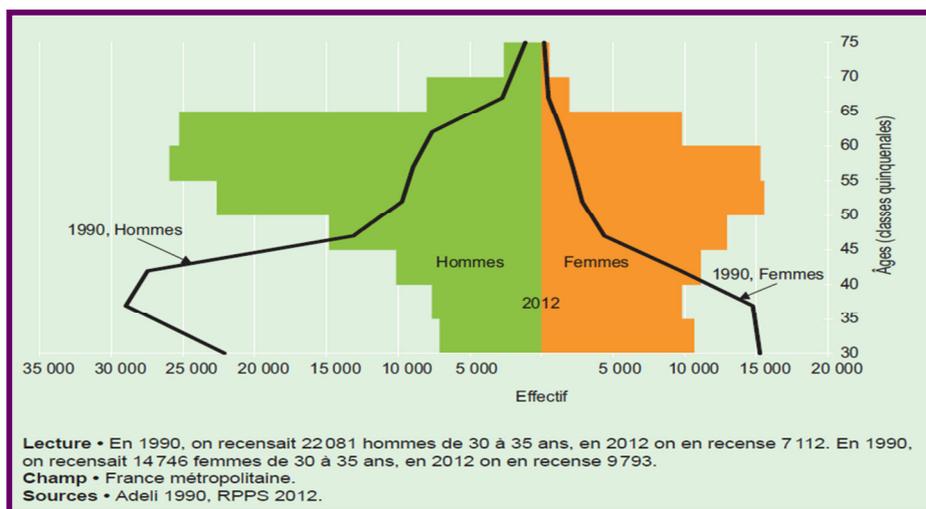
Le graphique suivant fait apparaître l'inversion de la pyramide des âges des médecins entre 1990 et 2012, ainsi que la féminisation croissante de la profession dont l'incidence sur ses modalités d'exercice est sensible. Il montre l'importance du nombre de départs en retraite au cours des dix prochaines années, qui ne seront compensés que pour moitié par l'entrée dans la profession de jeunes praticiens.

240. L'expérimentation porte sur les nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

241. Voir chapitre VI du présent rapport : la stratégie et le pilotage central de l'organisation du système de soins : une refonte nécessaire, p. 217-244.

242. DREES, Dossiers solidarités et santé : la démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées, n° 12, 2009.

Graphique n° 19 : inversion de la pyramide des âges des médecins entre 1990 et 2012



Source : DREES.

2 - Une contrainte financière renforcée

Les dépenses relevant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ont atteint près de 174 Md€ en 2013.

En constante et rapide progression depuis son instauration 1997, l'ONDAM a été dépassé chaque année (à l'exception de 1997) jusqu'en 2010. Depuis lors, la dépense effectivement constatée s'inscrit en-deçà de l'objectif voté par le Parlement, mais, ainsi que la Cour l'a mis en évidence dans ses précédents rapports²⁴³, ses multiples biais de construction²⁴⁴ ont minoré l'effort d'économies réellement demandé tant

243. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2014*, chapitre VII : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster p. 203-229, septembre 2014 *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2013*, chapitre VI : la fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM, p. 177-198 septembre 2013, disponibles sur www.ccomptes.fr.

244. Il s'agit d'une double surévaluation de la base de calcul de l'ONDAM correspondant aux dépenses reconductibles de l'année précédente et de l'évolution tendancielle des dépenses, qui a procuré des marges supplémentaires de dépenses tout en facilitant le respect de l'objectif affiché.

aux établissements que pour les soins de ville, ce qui a permis de retarder la recomposition de l'offre de soins. Le poids des dépenses de l'assurance maladie dans le PIB n'a de fait cessé d'augmenter. Elles ont crû 1,4 fois plus vite que le PIB entre 1996 et 2006²⁴⁵. Au cours des cinq dernières années, marquées par une faible croissance économique et une demande de soins toujours dynamique, l'ONDAM voté a augmenté deux fois plus vite que le PIB en valeur²⁴⁶. Le respect de l'ONDAM continue en outre de s'accompagner de déficits élevés, qui concourent à augmenter la dette sociale.

Le maintien d'une augmentation de l'ONDAM toujours sensiblement supérieure à l'inflation prévisionnelle, même ramenée à 1,75 % pour 2016 (après avoir été abaissée à 2 % en moyenne sur la période 2015-2017), n'exonère pas les différents acteurs d'un effort d'économies supplémentaires plus fort et plus effectif - ainsi que l'illustre la diminution des tarifs applicables aux hôpitaux et aux cliniques en 2015 - et de gains substantiels en efficience.

À défaut d'un pilotage plus volontariste et mieux outillé, le risque est important, sous le fait de la combinaison de ces contraintes démographiques et financières, d'une réorganisation au coup par coup de l'offre de soins, sans stratégie d'ensemble, avec pour inéluctable conséquence de compromettre l'accès à des soins de qualité pour tous.

B - Redéfinir un cadre cohérent d'intervention

Préparer le système de soins à relever les enjeux liés à l'évolution des besoins de santé et notamment ceux qu'induisent le vieillissement de la population et le développement des pathologies chroniques, suppose dans ce contexte contraint d'amplifier sa réorganisation en mettant en cohérence les démarches : qualité et sécurité des soins, décloisonnement des financements selon une logique de parcours de soins et développement des marges de manœuvre régionales.

245. Commission des comptes de la sécurité sociale, *Regard sur douze ans d'ONDAM (1997 à 2008)*, mars 2009.

246. 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. 93-121, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

1 - Piloter plus fermement par la qualité et la sécurité des soins

Les évolutions démographiques à venir des professions médicales imposent de mieux garantir la sécurité et la qualité des soins, sans préjudice de la nécessité d'une efficacité renforcée des acteurs. À cet égard, les prises en charge en médecine et en chirurgie ne devraient pas plus longtemps être soustraites à la fixation de normes d'organisation et de fonctionnement, conformément au principe fixé par le législateur.

Le contrôle du strict respect des normes existantes comme aussi leur évolution chaque fois que des impératifs de sécurité et de qualité des soins sont en jeu sont tout aussi déterminants, comme le montre l'exemple des conditions de fonctionnement des petites maternités. Dans un autre domaine, en matière de chirurgie carcinologique du sein, le seuil retenu en 2012 de 30 interventions par an est inférieur à celui de 50 préconisé par les référentiels internationaux et 5 % de femmes continuent d'être prises en charge par des établissements dont l'activité est inférieure au seuil réglementaire²⁴⁷.

Enfin, comme l'avait recommandé la Cour²⁴⁸, la médicalisation de la procédure de certification des établissements de santé engagée par la Haute Autorité de santé (HAS) rend progressivement possible de lier à ses résultats l'attribution ou le retrait par les ARS des autorisations d'activité.

2 - Accroître le rôle du fonds d'intervention régional

La création d'un fonds d'intervention régional (FIR) par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a cherché à donner plus de souplesse d'intervention aux ARS. Il regroupe en effet au sein d'une même enveloppe des financements qu'elles sont libres d'utiliser en faveur d'actions de prévention, de permanence et de continuité des soins.

247. CNAMTS, Rapport sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2015 (juillet 2014).

248. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XIII : la certification des établissements de santé par la Haute Autorité de santé, p. 373-395., septembre 2012, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Le fonds d'intervention régional

Le fonds d'intervention régional (FIR) a été doté de 1,3 Md€ en 2012 puis de 3,2 Md€ en 2013 à la suite de l'élargissement de son périmètre. Son montant a par la suite été stabilisé, s'établissant à 3,2 Md€ en 2014 et à 3,1 Md€ pour 2015.

Les crédits du FIR, issus de différentes enveloppes auparavant cloisonnées, sont laissés à la libre appréciation des ARS, sous réserve du principe de fongibilité asymétrique qui protège les crédits relatifs à la promotion de la santé, à la prévention et à la prise en charge des personnes âgées et handicapées. En 2014, près de 90 % des crédits délégués dans le cadre du FIR étaient fongibles.

Le FIR peut ainsi financer des actions en matière de prévention et de promotion de la santé, de permanence des soins, de prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, ou encore des actions visant à améliorer la qualité et l'efficacité des parcours des patients. Il peut contribuer à des opérations de restructuration ou de réorganisation de l'offre de soins et à des actions destinées à favoriser une répartition plus équilibrée des professionnels de santé, l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et des mutualisations dans les structures sanitaires²⁴⁹.

Le FIR présente cependant plusieurs caractéristiques en décalage avec les objectifs affichés. Il finance des dépenses de fonctionnement (réseaux de santé, centres périnataux de proximité) qui présentent un caractère fortement reconductible. Certains concours s'inscrivent en outre dans des plans de santé publique ou dans des projets pilotés par le ministère (PAERPA, télémédecine et aides à l'investissement). En tout état de cause, il est en l'état difficile d'identifier en son sein les ressources consacrées à l'évolution de l'organisation de l'offre de soins.

Sa constitution, malgré un montant encore limité, en un sous-objectif de l'ONDAM par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, peut apparaître à certains égards comme une première étape d'une évolution conduisant progressivement à procurer aux ARS des marges de manœuvre supplémentaires pour faciliter le décloisonnement de l'offre de soins, aujourd'hui structuré financièrement selon une logique d'acteurs et non de prise en charge intégrée.

Dans le prolongement de cette réforme, plusieurs pistes pourraient être envisagées pour accentuer son rôle dans les recompositions territoriales de l'offre de soins.

249. Articles L. 1435-8 à L. 1434-10 du code de la santé publique.

Afin d'étendre le champ des interventions du FIR, une première option serait d'intégrer les dernières lignes de crédits qui n'y figurent pas, c'est-à-dire une grande partie du reste des dotations de financement qui visent à compenser les charges liées à l'accomplissement de missions d'intérêt général ou les aides à la contractualisation (1,4 Md€). Une autre option serait d'augmenter la fongibilité entre les enveloppes de dotations annuelles de financement pour les activités de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie, de soins de longue durée et le FIR. Admise depuis 2014, cette fongibilité est limitée à 1 % du montant des dotations et demeure peu utilisée par les ARS. Pourtant, elle pourrait constituer une incitation à recomposer plus fortement les activités de soins de suite et de psychiatrie, au bénéfice d'autres composantes de l'offre de soins. Une augmentation à 5 % de la fongibilité entre les enveloppes et le FIR ouvrirait une possibilité d'abondement de ce dernier de près de 1 Md€.

Indépendamment même de l'extension éventuelle des missions du FIR, une modulation beaucoup plus importante de son montant selon les régions pourrait être envisagée. La répartition des dotations s'est fondée principalement sur une approche historique des sous-enveloppes préexistantes intégrées au fonds. Une péréquation globale, fondée sur des critères démographiques et sur des indicateurs de santé publique et d'équipement, pourrait permettre des rééquilibrages progressifs.

3 - Doter les ARS de nouvelles responsabilités

La mise en œuvre de la réforme territoriale, qui va de pair avec une réorganisation des services territoriaux de l'État, pourrait constituer une opportunité pour donner une marge d'action supplémentaire aux ARS recomposées - elles passeront de 26 à 17, dont 13 en métropole - en les dotant de nouveaux outils.

Au regard de leurs compétences et de leurs responsabilités, les ARS devraient bien davantage disposer d'une vue globale sur la nature et l'évolution des dépenses d'assurance maladie dans leur ressort, de manière à intégrer beaucoup plus pleinement la dimension de la maîtrise financière des dépenses dans leur action. De fait, la Cour a souligné que lors de la préparation des projets régionaux de santé, elles ont pour la

quasi-totalité d'entre elles négligé de chiffrer l'incidence des actions qu'elles ont inscrites dans ces derniers²⁵⁰.

La fixation d'objectifs indicatifs de dépense aux 17 ARS pourrait contribuer à améliorer ce pilotage financier régional. Dans le respect de l'objectif national de dépense d'assurance maladie voté par le Parlement, ces objectifs seraient déterminés en appliquant un tendanciel d'évolution différencié selon une trajectoire pluriannuelle aux dépenses constatées sur le plan régional des différents secteurs de l'offre de soins (hôpital, médecine de ville et secteur médico-social). Le niveau de ces objectifs aurait pour objet de moduler la contrainte financière en fonction des besoins de rééquilibrage de l'offre de soins régionale entre secteurs, mais aussi entre régions en fixant des objectifs de résorption progressive des inégalités en termes de santé publique et d'accès aux soins qui se constatent aujourd'hui et que la reconduction de financements sur une base essentiellement historique ne permet pas véritablement de corriger.

À ce jour, les possibilités de modulation des concours financiers aux établissements publics de santé dont sont dotées les ARS sont limitées à des dotations (missions d'intérêt général et aides à la contractualisation) et à des forfaits (urgences, greffes et prélèvements d'organes) portant sur des objets particuliers. Dans une perspective de moyen terme, leur extension aux tarifs applicables aux activités de soins des établissements donnerait des marges de manœuvre supplémentaires aux ARS pour optimiser l'organisation territoriale de l'offre de soins. Ces nouvelles facultés de modulation s'inscriraient dans le respect des objectifs fixés par les schémas régionaux d'organisation des soins ainsi que de la contrainte nationale de dépense.

De même, dans des limites définies au plan national et dans le cadre d'une enveloppe globale, les ARS pourraient, comme la Cour l'a déjà souligné, décliner certains aspects des politiques conventionnelles définies par la CNAMTS et les professions libérales de santé, en les adaptant au contexte régional. Cela pourrait concerner notamment les aides incitatives à l'installation, la rémunération de la permanence des

250. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre VII : les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel, p. 323-347, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

soins ambulatoires, ou certains éléments de rémunération sur objectifs de santé publique²⁵¹.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les recompositions de l'offre de soins qui se sont opérées au cours des vingt dernières années n'ont pas permis de corriger substantiellement les faiblesses organisationnelles du système de soins français. Ce dernier demeure toujours très fortement centré sur l'hôpital, beaucoup plus que chez la plupart de nos voisins. Malgré des tentatives tardives et désordonnées de mise en place d'une médecine de parcours, les modes d'organisation des soins et de prise en charge ont finalement peu évolué pour répondre aux besoins liés au vieillissement de la population, c'est-à-dire à l'augmentation des maladies chroniques et dégénératives, qui impliquent une meilleure coordination entre professionnels de santé, dans un contexte où se manifestent par ailleurs de fortes inégalités territoriales d'accès à la médecine de ville.

Une des explications de ce bilan décevant réside dans la faiblesse des leviers ayant pour objet de faire évoluer l'offre de soins. Cette faiblesse est d'autant plus marquée qu'au fil des années, les modalités de recomposition de l'offre de soins ont perdu en efficacité, au profit de démarches coopératives, contractuelles et incitatives. Les outils plus restructurants que constituent les normes d'activité et de fonctionnement ou la convergence tarifaire entre les établissements publics et privés de santé ont été de moins en moins mobilisés, voire abandonnés.

Alors que les enjeux démographiques et financiers deviennent encore plus lourds, il importe de donner sans attendre un nouvel élan aux actions de recomposition de l'offre de soins et de les inscrire dans un cadre plus cohérent, selon des modalités plus déterminées et en fonction d'objectifs d'efficience plus explicites, dans le contexte d'un retour nécessaire et rapide à l'équilibre de l'assurance maladie.

Des décisions prises aujourd'hui dépendent la qualité, l'accessibilité, la pérennité de notre système de soins à horizon de dix ans.

251. Cour des comptes, *Rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XII : la permanence des soins, p. 337-363, septembre 2013 ; *pour 2014*, chapitre VIII : les conventions avec les professionnels de santé, p. 233-256, septembre 2014, la Documentation française : disponibles sur www.ccomptes.fr.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

17. pour les soins en établissement, généraliser chaque fois que pertinent (médecine, chirurgie) des normes d'équipement de personnel ou d'activité dans les disciplines qui en sont dépourvues, vérifier la conformité des normes en vigueur aux recommandations internationales et les faire respecter rigoureusement ;

18. étendre dans les zones en surdensité le conventionnement conditionnel à toutes les professions de santé, y compris aux médecins, afin de mieux équilibrer leur répartition sur le territoire (recommandation réitérée) ;

19. accroître les ressources consacrées par le fonds d'intervention régional au financement des actions qui décloisonnent l'offre de soins entre établissements et ville et concourent à une prise en charge intégrée des parcours des patients ;

20. confier aux agences régionales de santé, dans le maillage issu de la nouvelle carte des régions administratives, la mission de veiller au respect d'une trajectoire pluriannuelle de maîtrise des dépenses d'assurance maladie sur leur territoire, de manière indicative dans un premier temps ;

21. permettre aux agences régionales de santé de décliner certains éléments des politiques conventionnelles au niveau régional dans un cadre défini au plan national et dans la limite d'une enveloppe financière prédéterminée.

Chapitre VI

La stratégie et le pilotage central de l'organisation du système de soins : une refonte nécessaire

PRÉSENTATION

Pour conduire une politique active de recomposition de l'offre de soins et plus largement d'organisation des soins, les pouvoirs publics doivent être en mesure de remplir deux grandes missions : d'une part une mission stratégique, appuyée sur une capacité d'anticipation et de prospective et d'autre part une mission de pilotage des échelons territoriaux qui suppose une capacité de coordination et d'impulsion.

À cette fin, le ministère des affaires sociales et de la santé dispose des quatre directions d'administration centrale que sont la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la direction générale de la santé (DGS) et du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS). Le ministère exerce par ailleurs la tutelle de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de diverses agences techniques et sanitaires.

La Cour a centré son analyse sur les organes qui ont un rôle clef dans l'organisation de l'offre de soins : le conseil national de pilotage des agences régionales de santé (CNP), le SGMAS et la DGOS, ainsi que sur les relations qu'ils entretiennent avec les autres acteurs institutionnels.

La direction générale de l'offre de soins devait, comme son intitulé prometteur l'indiquait, jouer un rôle important dans la réorganisation de l'offre de soins. Aux termes de son décret fondateur du 15 mars 2010, elle est chargée de « l'élaboration, du pilotage et de l'évaluation de la politique de l'offre de soins ». Elle devait donc couvrir tout le champ de l'offre de soins en ville comme en établissement, se tourner davantage vers des fonctions de stratégie, mais aussi contribuer à la maîtrise de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). À cette fin, elle devait traduire, dans son organisation interne comme par un changement de sa culture administrative jusqu'ici exclusivement tournée vers les hôpitaux, la volonté de décloisonner le système de soins, de la prévention à la prise en charge sanitaire ou médico-sociale.

Présidé par le ministre, le CNP devait, pour sa part, avec l'appui du SGMAS, être l'instance d'orientation stratégique de l'organisation de l'offre de soins, en permettant au ministère de mieux coordonner l'action de ses différentes directions et de l'assurance maladie au profit d'une plus grande efficacité du pilotage des ARS dans toutes leurs attributions.

Pourtant, l'ambition que paraissait porter la création de la DGOS, du SGMAS et du CNP ne s'est pas totalement traduite dans les faits. La création de la DGOS n'a pas permis d'atteindre pleinement les objectifs

qui lui avaient été fixés (I). L'insuffisance des instances nationales de pilotage des ARS et les difficultés rencontrées par le SGMAS dans l'exercice de sa mission de coordination contribuent aussi à affaiblir l'efficacité de la politique conduite (II). Une profonde réorganisation s'impose tant pour la DGOS que pour le CNP afin notamment d'assurer l'élaboration et l'impulsion d'une stratégie plus forte en faveur de l'adaptation de l'offre de soins (III).

I - Une direction générale de l'offre de soins qui peine à remplir sa mission stratégique

La direction générale de l'offre de soins

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a été créée par un décret du 15 mars 2010 en remplacement de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) qui avait elle-même succédé, par décret du 21 juillet 2000, à la direction des hôpitaux (DH).

En application des textes (article D. 1421-2 du code de la santé publique), elle « participe à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé. Elle est chargée de l'élaboration, du pilotage et de l'évaluation de la politique de l'offre de soins en fonction des objectifs et des priorités de la politique de santé ». L'offre de soins peut être définie comme un ensemble d'infrastructures, de ressources et d'activités mobilisées pour assurer des prestations de soins.

La DGOS est donc la direction chargée de la régulation et de l'organisation territoriale de la prise en charge sanitaire de la population. L'objectif, lors de sa création, était de mieux articuler l'ensemble des acteurs du secteur de la santé tout en réorganisant l'administration centrale afin qu'elle ne conserve qu'une mission de régulation et de pilotage. À cet effet, la référence à l'hôpital a disparu de la dénomination même de la direction, dont les missions ont été élargies à l'ensemble de l'offre de soins, tandis que l'adjonction du terme « générale » semblait traduire l'affirmation d'une vocation transversale.

À fin 2014, la DGOS comptait 277 agents (exprimés en équivalent temps plein - ETP).

A - Un rôle dans l'organisation du système de soins limité par les textes, mais aussi par la pratique

La DGOS a perdu une partie des prérogatives qui étaient celles de la DHOS pour intervenir dans l'organisation du système de soins. Surtout, elle n'exerce pas les missions nouvelles qui lui sont reconnues par le décret qui l'a constituée.

1 - Une action de régulation financière de portée limitée

La DGOS intervient de trois manières dans la régulation financière de l'offre de soins : elle participe à la détermination de l'ONDAM aux côtés de la DSS et de la CNAMTS, élabore les règles de tarification des établissements de santé, publics et privés et, enfin, détermine les enveloppes budgétaires qui leur sont attribuées.

a) Un rôle circonscrit dans la détermination de l'ONDAM

Les pouvoirs publics ayant fixé l'objectif de rééquilibrer le système de soins entre les établissements et les soins de ville, la recomposition de l'offre de soins nécessite une vue transversale et décloisonnée de l'équilibre financier global entre les différents secteurs : l'hôpital, les cliniques privées, la médecine de ville et les établissements et services médico-sociaux.

Le décret du 15 mars 2010 semblait donner un rôle particulier à la DGOS dans ce rééquilibrage financier. Il indique en effet qu'elle est « *compétente pour toute question relative à la régulation financière de l'offre de soins* ».

En réalité, le rôle de la DGOS dans la préparation annuelle de l'ONDAM se limite au seul « ONDAM hospitalier »²⁵². L'« ONDAM soins de ville » est en effet préparé directement par la direction de la sécurité sociale, en lien étroit avec la CNAMTS et à partir des chiffres fournis essentiellement par cette dernière. L'« ONDAM médico-social » l'est par la DGCS et la CNSA sous le pilotage global de la DSS.

En outre, pour les établissements, le rôle de la DGOS ne s'inscrit pas dans une perspective à moyen-long terme de l'évolution de l'offre de soins. La DGOS se borne pour l'essentiel à collecter des données, à les synthétiser et à les transmettre à la DSS. Elle ne participe pas aux arbitrages définitifs de la construction de l'ONDAM.

252. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre VI : la fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM, p. 175, septembre 2013, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

b) Une intervention centrée sur l'encadrement des dépenses des établissements de santé

Pour l'encadrement des dépenses des établissements de santé, la DGOS intervient de plusieurs manières.

Les règles de la tarification à l'activité (T2A)

L'un des objectifs de la tarification à l'activité (T2A), lorsqu'elle a été instituée, était de contribuer à la réorientation de l'activité des établissements de santé. La DGOS en élabore les règles et veille à leur mise en œuvre par les établissements. Elle préside, depuis sa création (décembre 2012), le comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH) qui travaille sur instruction ministérielle à l'évolution de la tarification à l'activité à partir d'une objectivation des résultats de la T2A. Si le comité s'est réuni toutes les six semaines, ses travaux n'ont pas encore abouti alors que les modalités de la tarification ont à moyen terme un impact majeur sur la recomposition de l'offre de soins.

Par ailleurs, certains établissements peuvent faire de la T2A un mésusage pour majorer leurs recettes et différer ainsi des restructurations. Ce risque a été peu pris en considération. Or, une étude de la CNAMTS a confirmé que le dispositif de contrôle actuel est peu efficace²⁵³. Une instruction ministérielle (avril 2014) a demandé à la DGOS d'affiner le contrôle de la T2A et d'optimiser la lutte contre la fraude.

La détermination des enveloppes des établissements de santé

En matière de financement des établissements de santé, la DGOS est responsable du modèle qui détermine les dotations des établissements au titre des missions d'intérêt général (MIG) qu'ils peuvent assumer. Une fois fixée l'enveloppe « établissements » de l'ONDAM, elle détermine le montant national et par ARS des enveloppes de MIG, la définition de l'objet de chaque MIG et les conditions de l'utilisation des dotations correspondantes par les établissements, notamment pour les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI).

L'intervention de la DGOS est en revanche moins déterminante s'agissant des interventions du fonds d'intervention régional (FIR), créé par la loi de financement pour 2012 afin de permettre aux ARS de redéployer les crédits alloués entre les différentes missions financées par

253. Relevé de décisions du CNP du 11 octobre 2013.

le fonds²⁵⁴. La DGOS devrait suivre l'utilisation des crédits du FIR afin notamment d'apprécier la part effectivement consacrée à la recomposition de l'offre de soins et permettre au ministère de la santé d'en rendre compte au Parlement au moment du débat sur la loi de financement de la sécurité sociale. Elle ne le fait pas à l'heure actuelle.

c) Une compétence désormais partagée sur l'investissement hospitalier

À long terme, l'investissement hospitalier exerce un effet important sur la recomposition de l'offre de soins.

La DGOS co-préside le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO), créé en décembre 2012, qui se prononce sur les projets d'investissement supérieurs à 50 M€ hors taxes, sur les dossiers pour lesquels les ARS sollicitent un soutien financier et suit les établissements les plus en difficulté. La DGOS en assure le secrétariat et valide les dossiers présentés par les ARS.

La co-présidence du comité par le SGMAS, comme sa composition qui intègre en particulier la direction du budget, traduit la préoccupation de ne pas laisser à la seule DGOS, jugée trop proche des hôpitaux, le pilotage des investissements, eu égard notamment aux défaillances qui ont pu être constatées dans le pilotage et les choix des opérations financées au titre des plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ».

2 - Une relation indirecte avec les agences régionales de santé

Contrairement à la DHOS qui avait la tutelle des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), le décret du 15 mars 2010 ne mentionne pas les agences régionales de santé (ARS) qui leur ont succédé dans l'exposé des attributions de la DGOS. La DGOS n'a donc ni la tutelle des ARS, ni la faculté d'en animer le réseau.

En principe, la DGOS, à l'instar des autres directions du ministère, doit s'adresser aux ARS par l'intermédiaire du conseil national de pilotage des ARS, instauré par la loi « Hôpital, santé, patients et territoire » (HPST) du 27 juillet 2009, dont elle est membre en application

254. Voir chapitre V du présent rapport : vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant, p. 185-216.

des dispositions du décret du 8 juillet 2010 relatif au pilotage national des ARS²⁵⁵ et du SGMAS qui en assure le secrétariat.

En application des dispositions du code de la santé publique issues de la loi HPST (article L. 1433-1), le CNP a en effet pour mission de valider l'ensemble des instructions adressées aux ARS. Les directions du ministère de la santé, dont la DGOS, ne sont ainsi pas habilitées à leur en adresser directement.

La DGOS a en revanche des relations directes avec les directeurs d'établissements de santé et participe régulièrement à des réunions avec les directeurs généraux de CHU, auxquelles ne sont conviés ni les ARS concernées, ni le SGMAS.

3 - Des fonctions de stratégie non assurées, en dépit de l'externalisation des activités de gestion

Le développement d'opérateurs aurait pu permettre à la DGOS de se repositionner sur les enjeux stratégiques et de remplir une fonction de pilotage sur plusieurs éléments clefs de l'évolution du système de soins. Toutefois, elle ne l'a réellement fait dans aucun des domaines concernés.

S'agissant des ressources humaines, la DGOS peut s'appuyer sur le centre national de gestion (CNG), créé en 2007. Chargé du recrutement et de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi que des praticiens hospitaliers à temps plein, le CNG s'est vu attribuer chaque année de nouvelles missions au point qu'il remplit, aujourd'hui, l'essentiel des compétences de gestion dévolues à la sous-direction des ressources humaines de la DGOS. Avec 70 agents fin 2014, cette sous-direction dispose pourtant d'un effectif qui représente plus de la moitié de l'effectif global du CNG (116 agents).

Comme la direction (DHOS) à laquelle elle a succédé, la DGOS n'a pas mis à profit cette externalisation de tâches de gestion pour réorienter son action vers une fonction plus stratégique. Ainsi, elle n'a pas su utiliser l'opportunité que pouvaient représenter les départs massifs en retraite dans le secteur hospitalier comme un outil de restructuration de

255. Le directeur général de l'offre de soins est l'un des 16 membres du CNP (cf. *infra* II).

l'offre de soins²⁵⁶. En outre, elle n'est pas réellement investie dans le domaine de la démographie des professionnels de santé libéraux.

Dans le domaine de l'information médico-économique et de gestion technique des dispositifs de financement des établissements, c'est l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) qui, depuis sa création en 2000, a pour mission d'assurer la collecte, l'hébergement et l'analyse des données et de gérer le système national d'information sur les hôpitaux. L'étendue croissante des missions de l'agence modifie le rôle de la DGOS, dont la position d'interlocuteur privilégié de l'agence est débattue. Un décret du 6 juillet 2015 a mis fin à la présidence *ès qualité* du conseil d'administration de l'agence par le directeur général de l'offre de soins, le titulaire de cette fonction étant désormais nommé par arrêté ministériel.

Alors que son décret fondateur lui a confié cette mission²⁵⁷, la DGOS n'a pas réorienté son action vers une dimension plus stratégique au bénéfice d'une organisation générale des systèmes d'information concernant tous les acteurs de l'offre de soins. Or, un système d'information opérationnel et fiable est essentiel pour conduire son évolution. En matière de systèmes d'information en santé, la répartition des responsabilités manque de clarté. Dans l'organisation actuelle du ministère, la responsabilité de la stratégie des systèmes d'information de santé est confiée à l'un des services du secrétariat général (la délégation à la stratégie des systèmes d'informations de santé).

En matière d'amélioration des performances des établissements de santé, la DGOS a perdu son rôle de pilote stratégique avec l'autonomisation de l'agence nationale de l'appui à la performance (ANAP), instituée par la loi du 21 juillet 2009. La tutelle de cette agence n'est pas confiée à la DGOS, mais au secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales²⁵⁸. Par ailleurs, le partage des compétences entre l'ANAP, qui élabore des guides méthodologiques et la Haute

256. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre XIV : les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire, p.627, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

257. Selon le décret du 15 mars 2010, elle : « veille à l'expression des besoins d'information de l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et à la définition des normes et des règles de gestion de l'information médicale et médico-économique ainsi qu'au développement de l'utilisation efficiente des systèmes d'information par les professionnels et les établissements de santé ».

258. Par une lettre de mission du secrétaire général datée de mars 2013.

Autorité de santé (HAS), qui émet des recommandations, manque de clarté. Bien que la DGOS comprenne une sous-direction de la performance, elle ne joue pas de rôle d'impulsion et de cohérence d'ensemble. Alors que l'évaluation et le renforcement de la performance doivent être au cœur de la recomposition de l'offre de soins, une configuration faisant intervenir sur des sujets proches trois structures publiques différentes n'est pas des plus lisibles pour les acteurs du système de soins et affaiblit l'impact potentiel de leurs travaux respectifs.

B - Des articulations mal établies avec les autres acteurs nationaux

L'action visant à améliorer l'organisation de l'offre de soins souffre du manque de coordination entre la DGOS et les principaux autres acteurs nationaux que sont la CNAMTS, la DSS, la DGCS et la DGS.

1 - L'absence de coopération avec une assurance maladie dominante en matière de soins de ville

L'un des objectifs centraux de la recomposition de l'offre de soins est le décloisonnement entre soins de ville, établissements de santé et secteur médico-social. Alors que l'objet même de la DGOS était d'agir en ce sens, elle traite pour l'essentiel des établissements de santé publics.

À la suite de la création des ARS, constituées pour partie avec des personnels de l'assurance maladie, la CNAMTS a perdu l'essentiel de sa compétence technique en matière d'établissements de santé. En revanche, elle a continué à renforcer ses outils d'intervention en matière d'offre de soins de ville.

La confusion avec les attributions de la DGOS s'est même accrue, la CNAMTS ayant ensuite développé son action vers les sujets de coordination des soins, notamment la mise en place du parcours de soins coordonnés et la permanence des soins. La convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS avec l'État pour les années 2015 à 2017 reconnaît cette évolution en se référant explicitement à l'engagement de la CNAMTS de contribuer à « améliorer l'articulation des soins entre la ville, l'hôpital et le médico-social ».

Dans le même temps, la CNAMTS a développé en son sein une direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS), compétente sur l'ensemble du champ de l'offre de soins, qui compte désormais plus d'agents que la DGOS (286 emplois, exprimés en ETP, à fin novembre 2014, en augmentation continue ou presque depuis 2009). Il y a donc aujourd'hui deux directions de l'organisation des soins, l'une au

sein du ministère de la santé et l'autre à la CNAMTS. Ce dualisme ne fait que renforcer le bicéphalisme et le conflit de pouvoirs entre l'assurance maladie et l'administration centrale du ministère.

Le manque de dialogue accentue encore cette difficulté. Ce n'est qu'en février 2015 qu'a eu lieu une première réunion bilatérale entre le directeur général de la DGOS et celui, nouvellement désigné, de la CNAMTS et qu'ont été envisagées des réunions régulières.

S'agissant du champ hospitalier, la DGOS entretient peu de relations avec la CNAMTS alors même que l'organisation du conseil de l'hospitalisation²⁵⁹ pourrait s'y prêter. Présidée par un représentant du directeur général de l'offre de soins, cette instance se réunit en séance plénière cinq fois par an. Ces réunions ne se tiennent pas en présence des directeurs généraux de la DGOS et de la CNAMTS et ces derniers ne se rencontrent pas pour les préparer.

Ce bicéphalisme a pour conséquence essentielle un pilotage séparé de la recombinaison de l'offre de soins en ville et en secteur hospitalier. Afin de mieux cadrer les actions respectives de la CNAMTS et de la DGOS, cette dernière devrait prendre part à la négociation de la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CNAMTS avec l'État, alors qu'aujourd'hui seule la direction de la sécurité sociale (DSS) mène cette négociation pour le ministère.

2 - Une prééminence de la direction de la sécurité sociale qui la conduit à intervenir dans l'organisation des soins

La DSS et la DGOS ont en commun des attributions en matière de régulation financière et de préparation des lois de financement de la sécurité sociale. La DSS intervient comme une direction financière et de tutelle pour l'ensemble de la sécurité sociale, notamment pour l'assurance maladie, alors que la DGOS a, on l'a vu, reçu une mission de régulation financière de l'offre de soins. L'organisation même de la DSS recoupe pour partie celle de la DGOS : ainsi, la 1^{ère} sous-direction de la DSS (sous-direction du financement du système de soins) a un domaine d'intervention qui couvre assez largement celui de la DGOS et comporte des bureaux dont les intitulés sont proches de ceux de cette dernière.

259. Le conseil de l'hospitalisation a pour mission de conseiller le gouvernement dans l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé et la détermination des objectifs de dépense d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Il réunit la DGOS, la DSS, la DGS ainsi qu'un représentant de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

En l'absence de texte clair, la répartition des dossiers résulte d'une pratique et d'une culture administratives qui placent la DGOS au second plan, y compris sur des sujets qui relèvent par essence de son champ d'intervention. Un exemple caractéristique est celui des PAERPA²⁶⁰. Le projet a été porté par la DSS alors qu'il relevait par nature de la DGOS et de la DGCS. C'est aussi le cas des protocoles de coopération médicale (visés par l'article 51 du code de la santé publique), où règne une confusion entre les interventions de la DSS et celles de la DGOS.

De manière générale, c'est la DSS qui, au sein du ministère, dialogue avec la CNAMTS pour les soins de ville, malgré la compétence en principe globale de la DGOS sur l'organisation des soins. L'expansion du rôle de la CNAMTS s'est accompagnée de celle du champ d'intervention de la DSS.

3 - Un manque de dialogue avec la direction générale de la cohésion sociale qui accentue le cloisonnement entre les secteurs médico-social et sanitaire

L'un des éléments les plus fondamentaux de la recomposition de l'offre de soins est la reconversion d'un certain nombre d'établissements hospitaliers en établissements médico-sociaux et la maîtrise des conditions dans lesquelles elle s'effectue²⁶¹. La DGOS et la DGCS interviennent sur des champs communs intéressant la cohérence des politiques d'offre de soins et de ressources humaines dans les champs sanitaire et médico-social.

Les décrets constitutifs des deux directions ne précisent pas les modalités d'articulation de leurs missions respectives. Le manque de coordination entre elles ne permet pas de compenser cette lacune pour ce qui concerne notamment les questions relatives à la démographie médicale, à la réingénierie des diplômes, au partage de données, ou à la mise en place d'un parcours de soins intégré entre le sanitaire et le médico-social. À titre d'illustration, la DGOS travaille seule sur l'évaluation du maillage territorial des équipes mobiles de psychiatrie, qui intéresse pourtant aussi la DGCS.

En outre, la compétence de la DGOS sur l'offre de soins dans le champ médico-social n'est pas identifiée avec précision dans son

260. Cf. *infra* II, B, voir encadré.

261. Voir chapitre V du présent rapport : vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant, p. 185-216.

organisation interne : aucune sous-direction ou bureau ne mentionne ce terme.

4 - Des recouvrements d'attributions persistants avec la direction générale de la santé

Les recouvrements d'attributions de la DGOS et de la DGS se sont réduits à la suite des réorganisations successives. Cependant, les deux directions ont, en application des textes, une compétence partagée en matière de démographie et de formation professionnelle des professionnels de santé, sans qu'une direction chef de file soit expressément désignée, alors que ces sujets sont déterminants pour la structuration de l'offre de soins.

C - Une organisation interne peu adaptée à la conduite de la réorganisation de l'offre de soins

L'organisation interne de la DGOS ne favorise pas sa contribution à la réorganisation de l'offre de soins.

1 - Une prise en compte insuffisante de l'objectif de décloisonnement de l'offre de soins

La mise en place d'une approche intégrée du parcours de soins pour décloisonner la ville et l'hôpital n'est pas encore effective dans l'organisation interne de la DGOS.

Ainsi, l'objet des instructions émises par le bureau « Premier recours » fait apparaître un fort tropisme hospitalier. Sur les quatre instructions qu'il a produites en 2014, trois²⁶² portent sur l'urgence hospitalière, alors même que la notion de premier recours implique l'intervention de la médecine de ville, afin de prévenir un recours coûteux et pas nécessairement adapté aux urgences hospitalières.

Les professionnels libéraux de santé et en particulier le principal syndicat des médecins généralistes, considèrent de fait que la DGOS n'a pas de réelle stratégie de l'organisation de l'offre de soins ambulatoires pour le premier recours.

262. L'une relative au point d'étape de la feuille de route urgences 2013-2015 et des plans d'actions régionaux sur les urgences, l'autre relative à l'activité héliSMUR.

2 - Une gestion des ressources humaines pour partie irrégulière et inadaptée aux besoins en expertise

Suivant une pratique constante depuis la création de l'ancienne direction des hôpitaux en 1970, 114 agents étaient mis à disposition de la DGOS par des hôpitaux, l'assurance maladie et l'État au 1^{er} janvier 2015. Le nombre de ces mises à disposition a augmenté entre 2011 et 2012 avant de se stabiliser²⁶³. À ce jour, le ministère n'a pas régularisé cette pratique contraire à la réglementation²⁶⁴.

Si elle constitue une facilité budgétaire pour l'État, l'assurance maladie supportant l'essentiel de la dépense, elle permettrait, selon la DGOS, de la faire bénéficier de l'appui d'experts. Or, en 2014, seules 32 mises à disposition, soit moins du tiers, peuvent être considérées comme apportant une expertise particulière. La gestion des ressources humaines n'a donc pas été utilisée comme un moyen de développer la capacité d'expertise stratégique de la DGOS.

3 - Les limites de la démarche stratégique interne

La DGOS avait lancé un plan stratégique en 2011-2013 pour améliorer l'adéquation de son organisation interne à l'objectif de décloisonnement de l'offre de soins. Ce document prévoyait 61 plans d'actions dont l'exécution a été mesurée par des indicateurs concluant à un taux d'exécution de plus de 86 %.

En réalité, le principal indicateur utilisé est celui du nombre de notes produites sur trois années : la DGOS estime qu'elle atteint un taux de réalisation très satisfaisant qui est de 85 %. Or, la performance d'une administration ne peut tant reposer sur la quantité de notes ou de circulaires produites, que sur sa capacité réelle à donner une portée stratégique à la mise en œuvre de ses attributions. À cet égard, la DGOS ne s'est pas dotée d'un dispositif qui permette de mesurer réellement

263. Régulièrement dénoncée par la Cour, cette situation a fait l'objet d'une première régularisation se traduisant par la signature de conventions et, pour les agents de catégorie A, par la mise en place de remboursements par l'État.

264. Si les dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévoient le recours à des agents contractuels depuis la publication du décret n° 91-155 du 6 février 1986, leur mise à disposition est strictement réglementée. Le décret n° 2010-19 du 6 janvier 2010 prévoit une mise à disposition limitée aux seuls agents contractuels en CDI et énumère également la liste exhaustive des organismes d'accueil potentiels, dont l'administration centrale ne fait pas partie. Ainsi, les mises à disposition de contractuels de la fonction publique hospitalière sont irrégulières.

l'écart entre les objectifs fixés et la réalité de sa performance en matière de recomposition de l'offre de soins.

Le plan 2011-2013 n'a pas été mis à jour et le projet de plan stratégique 2015-2017 paraît encore très peu avancé²⁶⁵. Son adoption devrait reposer sur des constats et des objectifs partagés non seulement au sein de la DGOS, en lien avec le SGMAS, mais aussi avec les interlocuteurs essentiels de la direction générale.

En définitive, dans nombre de ses attributions, la DGOS se trouve en situation de concurrence face à la CNAMTS et aux autres directions d'administration centrale du ministère de la santé. Elle limite ses interventions essentiellement au secteur hospitalier, c'est-à-dire à une partie seulement de l'offre de soins. L'organisation centrale du ministère de la santé demeure donc éclatée alors même que l'objectif des pouvoirs publics est de favoriser, dans les territoires, la coopération entre tous les professionnels de santé et pour ce faire, de renforcer l'articulation entre l'assurance maladie et les ARS sous l'égide de ces dernières.

II - Un pilotage national des agences régionales de santé inadapté à la recomposition de l'offre de soins

La création des ARS imposait d'organiser les relations entre l'administration centrale, ces nouveaux opérateurs auxquels a été donné le statut d'établissement public et l'assurance maladie. Le nouveau dispositif de pilotage devait permettre de mieux coordonner les administrations centrales, mais aussi l'assurance maladie, ainsi que la CNSA et les agences à vocation sanitaire ou technique. Il devait aussi rééquilibrer, pour le pilotage des échelons territoriaux, les relations entre l'État et l'assurance maladie, tout en ménageant des marges d'action autonome à cette dernière.

265. Aucune formalisation écrite n'existe. Les grandes lignes du plan n'ont pu être documentées auprès de la Cour.

Le conseil national de pilotage des agences régionales de santé

Un décret du 8 juillet 2010 relatif au pilotage national des ARS a confié au CNP des missions étendues et a par ailleurs fixé sa composition.

Le CNP « formule des orientations générales sur les politiques et les mesures mises en œuvre » par les ARS, « veille à la cohérence des objectifs, du contenu et de l'application des politiques conduites ... dans les domaines de la santé publique, de l'organisation de l'offre de soins, de la prise en charge médico-sociale et de la gestion du risque » par les ARS et « formule des recommandations » sur la répartition des financements entre les agences. En outre, il leur « adresse ... des directives qui donnent des indications sur l'application des orientations générales de la politique nationale de santé dans le ressort territorial de chaque agence ». Par ailleurs, il « examine le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 1433-2 avant sa signature avec chaque agence, ainsi que, le cas échéant, ses avenants » et « approuve les objectifs assignés à chaque agence ». Enfin, il « conduit l'animation du réseau des agences... ».

La composition du CNP résulte de la volonté de faire siéger personnellement les directeurs d'administration centrale et ceux de la CNAMTS et de la CNSA. Seuls les ministres en cas d'empêchement peuvent se faire représenter. Outre les ministres, 16 personnes sont membres du CNP en application des textes en vigueur (article D. 1433-1 du code de la santé publique) :

- quatre responsables du SGMAS : le secrétaire général et son adjoint, le directeur des affaires financières, juridiques et de services et celui des ressources humaines ;
- les quatre directeurs principalement concernés : le directeur de la sécurité sociale, les directeurs généraux de la santé, de l'offre de soins et de la cohésion sociale ; s'y ajoute l'adjoint du DGS ;
- deux autres responsables du ministère : le directeur de la DREES, le chef de l'inspection générale des affaires sociales ;
- le directeur du budget ;
- les directeurs généraux des trois principaux régimes d'assurance maladie : CNAMTS, MSA et RSI ;
- le directeur de la CNSA.

A - L'absence d'attribution de la fonction de pilotage stratégique

Les textes fixant l'organisation et les attributions de la DGOS, du CNP et du SGMAS ont été publiés successivement sans que la cohérence avec les textes précédents soit assurée.

Trois types de pilotage seraient en principe nécessaires :

- un pilotage stratégique définissant les principes de la politique sanitaire et médico-sociale que les ARS sont chargées de mettre en œuvre sur le territoire régional. Il consiste à tracer les orientations de cette politique publique, à en préciser les objectifs et à indiquer les critères d'évaluation des résultats de l'action de chacune des agences ;
- un pilotage thématique correspondant à chacune des missions des directions d'administration centrale et à celles des organismes nationaux d'assurance maladie (CNAMTS, MSA et RSI), ou des opérateurs participant au CNP (CNSA) ou qui n'en sont pas membres (agences sanitaires ou techniques). Il vise séparément chacune des composantes de la politique de recomposition de l'offre de soins, mais aussi d'autres domaines confiés aux ARS, comme la veille et la sécurité sanitaire, la prévention ou la prise en charge des personnes dépendantes du fait de l'âge ou d'un handicap ;
- un pilotage opérationnel, de type administratif, assurant la cohérence entre les moyens humains, financiers et techniques dont sont dotées les agences et les politiques à mettre en œuvre. Il consiste notamment à coordonner les demandes des directions du ministère aux ARS.

Les fonctions de pilotage opérationnel et thématique relèvent des missions du CNP. En revanche, celle de pilotage stratégique n'est pas attribuée à une instance déterminée.

S'il confie au CNP des missions étendues (voir *supra*), le décret du 8 juillet 2010 relatif au pilotage national des ARS n'en fait pas mention.

Le secrétaire général²⁶⁶ n'a pas, en tant que tel, la responsabilité du pilotage, ni de la stratégie, fonctions auxquelles il ne fait que participer²⁶⁷.

La stratégie semble plutôt relever, aux termes du décret du 15 mars 2010 créant la DGOS, de cette dernière direction. En effet, il

266. Le décret du 12 août 2013 portant création, organisation et attributions d'un secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales a abrogé le précédent décret du 5 mai 2011 relatif aux attributions du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales.

267. Il « assiste, pour l'administration et la conduite des affaires de leur ministère les ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale, de la santé, du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle, des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative (...) il anime et coordonne l'ensemble des directions et des services des ministères et participe au pilotage des établissements qui en relèvent et il participe aux réflexions stratégiques sur les missions, l'organisation et les activités des ministères et de leurs établissements ».

prévoit qu'un comité stratégique « assiste le directeur général dans la définition des orientations stratégiques de l'offre de soins et suit leur mise en œuvre ». Présidé par le directeur général de l'offre de soins, il réunit les directeurs de l'ANAP, de l'ATIH et du CNG, un directeur général d'ARS et les membres de la direction générale désignés par le directeur général ainsi que, en tant que de besoin, le représentant de tout autre organisme concerné par l'offre de soins. Toutefois, ce comité n'a été réuni que deux fois depuis sa création²⁶⁸. Les comptes rendus de ses réunions font apparaître qu'elles étaient tournées vers la mise en œuvre de la stratégie interne de la DGOS, dans ses premiers mois de fonctionnement.

En outre, la prospective serait particulièrement nécessaire dès lors qu'il s'agit de définir des orientations à caractère stratégique pour l'évolution du système de soins à moyen et long terme. Or, la fonction de prospective n'est attribuée à aucune des structures, même si le secrétaire général a parfois revendiqué cette fonction.

Si la fonction de pilotage thématique relève du CNP, son exercice présente parfois des faiblesses de nature à affecter l'effectivité et la cohérence de la politique de recomposition de l'offre de soins.

Un cas de faiblesse du pilotage thématique

Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) devait incarner le décloisonnement de l'offre de soins et était porté par une volonté politique forte. Le processus de lancement des expérimentations témoigne cependant d'incertitudes dans la répartition des compétences, de problèmes de coordination irrésolus et des limites de la capacité de pilotage thématique du CNP.

C'est la DSS qui, pourtant, n'a pas de compétence en matière de coordination de l'offre de soins, qui a présenté le programme au CNP (mars 2012). La DGCS et la CNSA ont émis des réserves et ont fait part de leurs difficultés à s'investir dans la démarche, tandis que la DGOS est restée en retrait. Par la suite, la CNAMTS, jusque-là absente des échanges, a informé le CNP qu'elle acceptait d'étudier la possibilité de mobiliser ponctuellement les délégués de l'assurance maladie dans les sites expérimentateurs (octobre 2013). Enfin, après sept débats et un renvoi à l'arbitrage du cabinet, le CNP a validé les indicateurs clefs des conventions liant les ARS aux porteurs des expérimentations et les schémas directeurs des plans personnalisés de santé (PPS) (décembre 2013). En définitive, les expérimentations PAERPA ont fait l'objet de cinq instructions successives (de janvier 2012 à septembre 2014).

268. Les deux réunions ont eu lieu les 10 septembre 2010 et 15 mars 2011.

À aucun moment le projet PAERPA n'a été relié aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), qui constituait l'une des mesures du plan Alzheimer. Elles visent à constituer un lieu de coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, permettant d'orienter la prise en charge et où divers professionnels, médecins, assistants sociaux, construisent un parcours personnalisé avec l'aide d'un coordinateur. Le public visé est pour partie celui également ciblé par les PAERPA. Sur le plan local, ce sont souvent les mêmes structures qui interviennent.

En outre et alors même que s'engageaient les premières expérimentations PAERPA, la CNAVTS et la CNAMTS ont signé une convention pour la mise en œuvre d'un programme commun, le plan national proximité autonomie (novembre 2014), visant à repérer les personnes âgées en risque de fragilité, afin de formaliser des parcours adaptés, par référence à l'une des orientations de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS avec l'État pour les années 2014 à 2017 (juillet 2014)²⁶⁹.

B - Des instruments de pilotage évoluant trop lentement

1 - Les instructions

La volonté initiale était de faire du CNP un point de passage obligatoire entre toutes les administrations centrales et les ARS. Comme indiqué, il valide les instructions données aux ARS.

Le filtre qu'il constitue a permis aux administrations centrales de prendre conscience du nombre excessif d'instructions adressées aux ARS, comme l'avait souligné la Cour²⁷⁰ et a favorisé leur réduction : de 321 instructions validées en 2010, ce nombre a été réduit à 199 en 2014 (après 291 en 2012 et 247 en 2013).

Toutefois, le terme générique d'« instruction » utilisé par la loi a été interprété comme recouvrant l'ensemble des documents adressés aux ARS et non les seules instructions proprement dites. Cette pratique a conduit à engorger le CNP et à compliquer les circuits administratifs.

269. La COG prévoit en outre que les unions générales de caisses d'assurance maladie (UGECAM) participent aux projets pilotes de mise en place des PAERPA.

270. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre VIII : la mise en place des agences régionales de santé, p. 231, septembre 2012, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Certes, le CNP a assez vite distingué celles qui étaient signalées de celles qui ne l'étaient pas. En outre, le secrétaire général a proposé de distinguer quatre types d'instructions²⁷¹ : les instructions de mise en œuvre d'une politique publique ; les guides pratiques ; les enquêtes visant à collecter des informations ; les instructions ponctuelles.

Pendant, le tableau des instructions validées tenu par le secrétariat général fait apparaître une part prépondérante des instructions relevant des trois dernières catégories et, *a contrario*, le nombre réduit d'instructions proprement dites portant sur la mise en œuvre des politiques publiques.

Par ailleurs, il n'entre pas dans les attributions du CNP de valider les « lettres réseaux », par lesquelles la CNAMTS donne des instructions aux caisses locales d'assurance maladie. En 2014, la CNAMTS a cependant volontairement soumis au CNP quatre lettres réseau.

2 - Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Approuvés par le CNP et les conseils de surveillance des ARS, puis signés par le ministre, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) résultent de discussions approfondies entre chaque ARS, d'une part, et les directions d'administration centrale, les caisses d'assurance maladie et la CNSA d'autre part. Ils constituent la feuille de route des ARS pour une durée de quatre ans, qui devrait être prochainement portée à cinq ans.

La première génération de CPOM, qui couvrait la période 2010-2013, s'est heurtée à plusieurs difficultés.

Tout d'abord, était prévue une révision annuelle fondée sur la prise en compte des projets régionaux de santé, des négociations locales avec les acteurs et des nouvelles priorités édictées au niveau national. Cette révision a rendu le suivi des CPOM plus difficile.

En outre, un grand nombre d'indicateurs devaient être suivis (31 au total), alors même que certains d'entre eux ne pouvaient être renseignés automatiquement, faute d'un système d'information adapté.

Enfin, il s'est avéré difficile de corrélérer comme prévu la révision annuelle des CPOM et l'évaluation annuelle des directeurs généraux d'ARS, dont l'action ne peut être appréciée que sur plusieurs années.

271. Réunion du CNP du 21 juin 2013.

À l'initiative du secrétaire général, le CNP a simplifié les CPOM de la seconde génération 2015-2018.

3 - Des lieux moins formels de coordination et de partage d'informations

La concentration de la fonction de coordination des agences au CNP et au secrétariat général ne pouvait résister aux besoins quotidiens et à la nécessité d'apporter des réponses dont la teneur ait fait l'objet d'une réflexion préalable avec les ARS. Des pratiques de coordination informelles se sont donc développées de manière spontanée entre les directions du ministère de la santé, dont la DGOS et les ARS.

Ces relations informelles se sont banalisées avec la constitution de très nombreux groupes de travail²⁷² et la désignation de correspondants dans les directions d'administration centrale et dans les ARS. Ces échanges ont permis de recenser les difficultés, de conduire des expériences en commun et d'homogénéiser les pratiques.

Les directeurs généraux d'ARS se rencontrent également dans un cadre informel avec le concours du SGMAS : le séminaire des directeurs généraux d'ARS. Cette enceinte a évolué d'un lieu permettant de recueillir leurs avis et de leur diffuser de l'information en un véritable lieu de débats²⁷³, perdant son caractère exclusivement administratif. Le ministre s'y rend assez fréquemment²⁷⁴ alors qu'il ne préside plus le CNP. Les directeurs d'administration centrale et le directeur général de la CNAMTS y sont régulièrement invités séparément. Le séminaire répond aux attentes des directeurs généraux en ce qui concerne tant les questions techniques que les orientations générales.

Le système de pilotage prévu en 2010 a ainsi montré ses limites. Sa réforme apparaît nécessaire.

272. Sur des sujets internes de gestion (ressources humaines, formation, risques psycho-sociaux, simplification), certaines pathologies (insuffisance rénale chronique) et les spécificités de certains métiers (sages-femmes).

273. À l'origine, le secrétaire général réunissait périodiquement l'ensemble des directeurs généraux d'ARS (comme le prévoit l'article D. 1433-8 du CSP) et associait à ces réunions les membres du CNP (article D. 1433-8 du CSP). Désormais, le séminaire des directeurs généraux d'ARS se réunit chaque mois, en dehors des membres du CNP, ceux-ci étant individuellement invités à y participer selon l'ordre du jour. Son déroulement débute par un temps réservé aux seuls directeurs d'ARS.

274. Le ministre de la santé participe à trois ou quatre réunions par an selon les années et chaque ministre délégué ou secrétaire d'État au moins une fois par an.

III - Une organisation générale à reconstruire

L'organisation générale du pilotage de l'offre de soins mérite d'être repensée de trois manières : en installant la fonction de pilotage stratégique et de prospective, en restructurant et réorientant la DGOS et en affirmant mieux la présence de l'autorité politique dans la gouvernance.

A - Une fonction de pilotage stratégique à installer

1 - Restructurer le conseil national de pilotage pour lui permettre d'exercer une fonction stratégique

La composition du CNP n'est pas adaptée à l'exercice d'une fonction de pilotage stratégique de l'offre de soins sur le territoire.

Elle est trop large. Outre les directeurs généraux d'administration centrale les plus directement concernés par la politique sanitaire et de l'offre de soins, y siègent des directeurs ou chefs de service dont le rôle est très différent : le directeur des ressources humaines du secrétariat général, le directeur de la DREES et le chef de service de l'IGAS. En font également partie les directeurs des trois régimes principaux d'assurance maladie alors que le directeur de la CNAMTS est aussi, depuis la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, celui de l'union nationale des caisses d'assurance maladie. Y siègent aussi non seulement des titulaires de fonctions de direction, mais aussi certains de leurs adjoints (secrétaire général, DGS).

La composition du CNP est simultanément trop étroite. Afin de pallier leur absence du CNP, le séminaire des directeurs généraux d'ARS est devenu un lieu d'échange entre eux, voire avec le ministre.

L'élargissement de la composition du CNP aux directeurs généraux d'ARS permettrait de faire partager et d'impulser plus fortement la stratégie de l'offre de soins, de mieux calibrer la charge de travail induite par les instructions et de concentrer l'action sur les sujets essentiels. Il est d'autant plus nécessaire que le rôle des ARS s'étend (montée en puissance du FIR, dispositions du projet de loi portant modernisation de notre système de santé étendant les attributions des ARS à une déclinaison territoriale de la politique conventionnelle et à

l'organisation territoriale des vigilances sanitaires). Il est rendu possible par la réduction de 22 à 13 du nombre de régions métropolitaines²⁷⁵.

Afin d'éviter que cette instance ne soit encore plus pléthorique, la composition du CNP devrait être entièrement revue. Outre le secrétaire général et les directeurs généraux d'ARS, il ne devrait comprendre que les directeurs d'administration centrale (DGOS, DGCS, DGS et DSS), le directeur général de la CNAMTS et le directeur de la CNSA. En outre, une présidence régulière du ministre contribuerait à imposer une dimension stratégique. Le séminaire retrouverait quant à lui sa vocation naturelle de partage d'informations et d'expérience entre les directeurs généraux d'ARS.

Dès lors que chacune des administrations centrales investirait totalement les domaines relevant de ses attributions en conduisant des réflexions prospectives, notamment la DGOS pour l'offre de soins, le CNP pourrait devenir le lieu de mise en cohérence des approches des différentes directions en vue de définir une stratégie globale (par exemple entre la politique de santé et la politique de l'offre de soins).

La fonction de pure coordination administrative devrait quant à elle être confiée au comité permanent (COPER) qui, aujourd'hui, constitue une simple instance de préparation des réunions du CNP ; même les sujets de coordination administrative remontent ensuite au CNP. Une répartition plus nette des rôles entre le COPER et le CNP contribuerait à alléger les procédures et à distinguer la coordination technique des discussions de fond tout en favorisant un recentrage du CNP sur le pilotage stratégique et les grands enjeux de coordination. Afin d'alléger le secrétariat général, la DGOS, dont émane la plupart des projets soumis au COPER puis au CNP, pourrait être chargée de l'animation du COPER, en liaison avec le secrétariat général et les autres directions.

2 - Redéfinir les attributions respectives du secrétariat général et de la direction générale de l'offre de soins

Les attributions du secrétaire général, qui porte le titre de secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, couvrent non seulement le ministère des affaires sociales et de la santé, mais aussi le ministère chargé du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et celui de la ville, de la jeunesse et des sports. Ce champ très vaste recouvre trois réseaux territoriaux : les ARS, mais aussi

275. Les directeurs généraux des quatre ARS d'outre-mer, en raison de l'éloignement géographique de ces régions, ne participeraient généralement pas au CNP.

les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et les directions départementales de la cohésion sociale, ainsi que les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi co-pilotées avec le secrétaire général des ministères financiers.

Le secrétaire général cumule ainsi des attributions principalement de gestion dans les domaines du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, avec des responsabilités sur des dimensions plus stratégiques dans le domaine de la santé, dont la présidence du CNP et une participation à la tutelle d'un grand nombre d'établissements publics relevant des trois ministères.

Certes, ses moyens ont été renforcés, notamment par le décret du 12 août 2013 précité créant auprès de lui un chef de service chargé du pilotage et de la coordination de l'organisation du système de santé, entouré de dix chargés de mission. De même, il est assisté d'un secrétaire général adjoint pour les domaines du travail et de l'emploi.

Pendant, la succession de cinq secrétaires généraux en cinq ans, parfois entrecoupée de longs intérim, témoigne de la difficulté de la fonction. Sauf à reconstituer auprès du secrétaire général des structures qui tendent déjà à doubler avec les directions générales, notamment la DGOS, le cumul d'attributions aussi étendues et différentes conduit à une charge d'une extrême lourdeur, peu propice à l'exercice d'une fonction de stratégie et à l'impulsion quotidienne d'une dynamique de changement dans un champ aussi complexe que l'organisation de l'offre de soins.

Tant au moins que le secrétariat général demeure commun aux trois ministères, le pivot de l'action sur l'organisation de l'offre de soins ne peut être que la DGOS, le secrétaire général ayant pour sa part la charge de la cohésion des structures et de la cohérence des politiques publiques mises en œuvre, fonctions essentielles et auxquelles il doit pouvoir se consacrer pleinement²⁷⁶.

Indépendamment de toute évolution du champ de compétence et du positionnement du secrétariat général, une restructuration de l'organisation interne de la DGOS est en tout état de cause indispensable.

276 . Voir en ce sens le référé de la Cour au Premier ministre en date du 25 juillet 2014 sur les secrétaires généraux et secrétariats généraux de ministères, disponible sur www.ccomptes.fr, qui propose notamment, dans sa recommandation n°5, de « veiller, pour l'ensemble des fonctions de soutien, à la suppression des doublons entre les postes des secrétaires généraux et ceux des différentes directions chargées des politiques publiques ».

B - Une restructuration et une mutation indispensables de la direction générale de l'offre de soins

Le nouvel organigramme issu de la transformation de la DHOS en DGOS devait conduire à la mise en cohérence des structures de cette administration centrale avec la nouvelle organisation territoriale de l'offre de soins. Cette réorganisation s'est traduite par une division par deux du nombre de sous-directions et par des suppressions de postes qui, par leur ampleur limitée²⁷⁷, ne sont pas de nature à expliquer les difficultés de cette direction.

Définis à un moment où la nouvelle direction ambitionnait de couvrir l'ensemble de l'offre de soins, les intitulés des sous-directions et bureaux s'attachent à refléter l'objectif de transversalité qu'impose le décloisonnement de l'offre de soins. Correspondant souvent mal à la réalité des activités de la direction générale, ils ne permettent pas aux interlocuteurs extérieurs de repérer facilement leurs correspondants. La répartition des compétences n'est pas claire.

En outre, deux sous-directions en particulier apparaissent en difficulté au regard de l'objet de leurs missions fixé par les textes :

- la sous-direction de la stratégie et des ressources (61 personnes), dont le positionnement est incertain. Elle ne se consacre pas à la stratégie de recomposition de l'offre de soins et n'exerce pas effectivement de fonction de coordination. À titre principal, elle apporte une aide matérielle et logistique aux autres sous-directions métiers ;
- la sous-direction des ressources humaines, dont une grande part des missions est de fait réalisée par le CNG pour ce qui concerne le personnel des établissements et qui, s'agissant du dialogue avec les professionnels de ville, n'est pas considérée par eux comme un interlocuteur de référence. La DGOS, on l'a vu, n'a pas tiré profit de l'externalisation de ses fonctions de gestion des ressources humaines au CNG. Cette sous-direction n'a pas développé de vue globale sur l'évolution de la démographie et des revenus d'activité des agents hospitaliers et des professionnels de santé exerçant en ville. Son organisation devrait être reconsidérée, ses effectifs nettement réduits et les recrutements réorientés vers l'acquisition de compétences en matière

277. Sur 17 suppressions de postes, dix résultent de transferts de tâches à d'autres acteurs (quatre vers le CNG et six vers le SGMAS), ce qui ramène la réduction réelle des effectifs cibles à sept postes (soit 2 % de l'effectif de 2010).

de négociation avec les professionnels libéraux et de prospective, pour les professionnels de ville comme pour les agents hospitaliers.

De manière plus générale, dans une direction qui comporte 27 directeurs d'hôpital ou agents qui l'étaient avant d'être intégrés comme administrateurs civils, la diversification des compétences devrait être un impératif dès lors que ses attributions réglementaires dépassent notablement celles qui étaient dévolues historiquement à l'ancienne direction des hôpitaux.

Au-delà des évolutions à apporter à l'organisation interne et aux recrutements, c'est une mutation profonde de la DGOS qui apparaît indispensable afin qu'elle assure pleinement son rôle dans le pilotage global de l'offre de soins.

C - Une nécessaire affirmation de l'autorité ministérielle dans la gouvernance

En dehors des modifications administratives qui viennent d'être évoquées, il est impératif qu'une articulation étroite soit établie entre les responsables politiques et le pilotage tel que voulu par le code de la santé publique. Ce dernier suppose la participation d'une autorité politique ou d'un responsable administratif ayant une dimension s'en approchant.

Contrairement à la vision initiale et aux textes, le ministre ne préside plus le CNP. Celui-ci est donc de fait présidé par le secrétaire général qui renvoie à l'arbitrage du cabinet. Le directeur de cabinet réunit régulièrement les directeurs des directions opérationnelles mais en dehors de la présence du secrétaire général.

La question se pose de la réalité d'un pilotage stratégique par une instance composée essentiellement de directeurs, dans un ministère fortement cloisonné, où le partage des responsabilités, sur nombre de sujets, est complexe, voire peu clair et de surcroît confronté à la puissance de l'assurance maladie.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

À leur création, l'objectif principal fixé au secrétariat général et à la direction générale de l'offre de soins était d'adapter les structures et la pratique administrative aux priorités que sont la maîtrise de la dépense et la réorganisation de l'offre de soins.

Néanmoins, cinq ans après la création des ARS, du SGMAS, du CNP et de la DGOS, force est de constater que la préparation et la mise en œuvre de la politique de santé et de l'offre de soins se heurtent à des difficultés de fonctionnement et d'organisation majeures.

D'une part, la DGOS n'a pas atteint les objectifs qui lui avaient été fixés et n'a pas su trouver sa place dans l'environnement complexe résultant de la création des ARS, du CNP, du SGMAS et des nouvelles agences techniques et sanitaires. Sur des sujets comme la mise en place de « parcours de soins », elle n'est l'interlocuteur privilégié ni des ARS, ni des professionnels de santé, ni de l'assurance maladie. Dans une large mesure, elle est demeurée cantonnée au secteur hospitalier, dans une relation forte avec les fédérations qui représentent les différents types d'établissements. Elle n'a pas étendu son action aux soins de ville et n'a pas été en mesure de prendre en charge le rééquilibrage entre l'hôpital et la ville indispensable à une inflexion durable de l'évolution des dépenses d'assurance maladie dans le cadre d'un ONDAM resserré.

D'autre part, la volonté d'unifier le pilotage national des ARS s'est heurtée à la puissance de la CNAMTS, renforcée par la loi d'août 2004. L'absence de dialogue entre la DGOS et la CNAMTS a renforcé le bicéphalisme et accentué les difficultés de coordination.

De surcroît, le lien entre le secteur sanitaire et le médico-social continue d'être mal assuré au sein même du ministère.

Enfin, le conseil national de pilotage des ARS et le secrétariat général souffrent chacun d'une lourdeur administrative préjudiciable aux fonctions essentielles du ministère de la santé : la conception et la mise en œuvre de la politique de l'offre de soins.

Sur des sujets comme le décloisonnement et, de manière plus générale, la réorganisation de l'offre de soins, dont les implications sanitaires, sociales et territoriales sont majeures, la responsabilité ne peut être que celle de l'État. Le pilotage, sous son égide, doit être affirmé et organisé en conséquence en renforçant la cohésion du dispositif sur quatre points : une politique de l'offre de soins couvrant à la fois les soins de ville, les établissements sanitaires et médico-sociaux ; la primauté de l'autorité politique dans le pilotage global, que favoriserait une présidence régulière du CNP ; un dialogue direct et permanent avec les ARS au sein même de l'instance de pilotage ; l'affirmation et l'organisation de la dimension stratégique du pilotage et de la fonction de prospective.

Ces principes appellent une restructuration de l'organisation du ministère de la santé et l'instauration de relations nouvelles avec la CNAMTS. Une impulsion nouvelle doit être donnée en modifiant les dispositions du décret du 15 mars 2010 afin de faire de la DGOS l'instance de réflexion stratégique sur la réorganisation de l'offre de soins et affirmer son rôle dans le pilotage global de cette dernière, le comité national de pilotage sous la présidence du ministre constituant le lieu de décision.

Pour améliorer l'efficacité de la politique de l'offre de soins et, partant, de la politique de santé, la Cour formule les recommandations suivantes :

22. confier à la direction générale de l'offre de soins la responsabilité de concevoir la stratégie de recomposition de l'offre de soins et de veiller à sa mise en œuvre par l'intermédiaire des agences régionales de santé et clarifier, dans les textes réglementaires, la répartition des compétences entre le secrétariat général, la direction générale de l'offre de soins et les autres directions du ministère des affaires sociales et de la santé ;

23. associer la direction générale de l'offre de soins à l'élaboration de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS avec l'État et à la politique conventionnelle avec les professions de santé pour tout ce qui concerne l'organisation de l'offre de soins ;

24. repenser l'organisation interne de la direction générale de l'offre de soins en engageant une remise à plat des profils de postes, en restructurant des sous-directions et en réduisant significativement ses effectifs ;

25. recentrer la composition du comité national de pilotage des ARS, sous la présidence régulière du ministre de la santé, sur le secrétaire général, les directeurs du ministère les plus concernés (DGOS, DGCS, DGS et DSS), le directeur général de la CNAMTS et le directeur de la CNSA et l'élargir aux directeurs généraux des ARS.

Chapitre VII

Les maternités : une réorganisation à poursuivre activement

PRÉSENTATION

L'offre de soins française évolue avec difficulté et lenteur. Malgré des modifications importantes des besoins de la population et les contraintes croissantes pesant sur le financement, on compte fort peu de recompositions de grande ampleur. Celle qui a concerné les maternités en fait partie.

Son trait le plus remarquable est d'avoir eu pour moteur principal un ensemble de normes, fixées par deux décrets du 9 octobre 1998, dont l'objet était d'améliorer la sécurité de la naissance par l'édition de règles contraignantes de fonctionnement des maternités et par une classification des établissements fonction de la difficulté prévisible des grossesses et des accouchements. Cette finalité de santé publique visait à améliorer les résultats médiocres de la France en matière de périnatalité²⁷⁸.

La mise en œuvre de ces textes a ainsi provoqué une amplification du mouvement de concentration entamé dans les années 1970. On comptait 815 maternités et 26 159 lits d'obstétrique en 1996, 681 et 19 027 en 2002, 544 et 17 733 en 2012, soit une réduction d'un tiers en seize ans pour ces deux indicateurs.

Pour autant, cette recomposition de l'offre n'est pas allée au terme de sa logique et ne présente pas un bilan pleinement satisfaisant (I). La situation de nombreux établissements se caractérise par une fragilité latente, véritable menace pour la cohérence de l'ensemble en l'état actuel d'absence de pilotage national et de vision prospective (II).

Au regard de la problématique générale de la recomposition territoriale de l'offre de soins, le cas des maternités illustre donc à la fois l'utilité de l'instrument normatif, sous réserve qu'il soit mis en œuvre avec détermination et actualisé et la nécessité d'en faire prendre le relais par une politique orientée vers le renforcement de l'efficacité de l'offre de soins et dotée d'objectifs explicites²⁷⁹.

278. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012*, tome II. La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation, p. 395-428, février 2012, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr

279. Ce chapitre s'appuie sur les constats faits par la Cour des comptes à la suite d'une enquête menée dans dix régions avec les chambres régionales des comptes d'Aquitaine, Poitou-Charentes ; Auvergne, Rhône-Alpes ; Bourgogne, Franche-Comté ; Île-de-France ; Nord-Pas-de-Calais, Picardie ; Provence-Alpes-Côte d'Azur, qui a donné lieu à une *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat : les maternités*, janvier 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

I - Le renforcement des normes de fonctionnement : un effet restructurant lourd mais incomplet

A - Une concentration de l'offre de soins fortement amplifiée par les décrets de 1998

Si le nombre de maternités a décliné depuis plusieurs décennies, ce mouvement s'est accéléré du fait des mesures réglementaires adoptées en 1998.

Les décrets du 9 octobre 1998

La réforme de 1998 a visé à optimiser l'orientation des parturientes en créant trois niveaux de technicité des maternités, de manière à ce que chaque degré de risque des grossesses et accouchements trouve une réponse adaptée. Les deux décrets du 9 octobre 1998 ont ainsi défini trois types de maternités selon leur environnement pédiatrique : celles de type I accueillent les grossesses dénuées de problèmes identifiés ; celles de type II (A et B) disposent d'un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique, avec de surcroît des moyens de soins intensifs pour les IIB ; les maternités de type III, destinées à prendre en charge les grossesses à risque, disposent d'un service de réanimation néonatale en plus du service de néonatalogie.

Un seuil d'activité est fixé : les petites maternités réalisant moins de 300 accouchements par an ne peuvent être autorisées à pratiquer l'obstétrique qu'« à titre dérogatoire lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population ». Des normes minimales de sécurité sont imposées à tous les types de maternités, concernant les locaux et le personnel médical. Pour ce dernier, elles diffèrent selon le nombre d'accouchements réalisés : pour les médecins, elles portent sur le fonctionnement de la permanence des soins (présence ou disponibilité sous astreinte) ; pour les sages-femmes et le personnel paramédical, elles portent sur les effectifs.

De nombreux établissements ont dû fermer leurs maternités, faute de pouvoir se mettre en conformité. Au total, le nombre de lits et celui des établissements ont baissé d'un tiers entre 1996 et 2012, alors que la natalité est un peu plus forte que dans les années 1990 et globalement stable depuis 2000 : les naissances se répartissent donc entre un nombre resserré d'établissements (544 en 2012), dont l'activité et la taille ont tendance à augmenter.

Cette concentration a principalement porté sur les maternités effectuant moins de 1 000 accouchements - il y en avait 142 de moins en 2012 qu'en 2002. En proportion, la tranche la plus concernée par les fermetures a été celle des moins de 500 accouchements (plus de la moitié a disparu). En revanche, les maternités réalisant plus de 2 000 accouchements sont plus nombreuses de 40 % et le nombre de celles qui dépassent 4 000 accouchements a triplé.

Au total, 83 % des accouchements ont eu lieu, en 2012, dans des maternités en effectuant plus de 1 000, contre 73 % dix ans auparavant. Plus de la moitié ont lieu, désormais, dans des établissements dépassant 2 000 naissances, la tranche qui progresse le plus vite étant celle des 3 000 à 4 000 naissances. Les maternités pratiquant moins de 500 accouchements ne représentent aujourd'hui que 2,5 % du total.

Tableau n° 60 : répartition des accouchements par tranche d'activité des maternités

Nombre d'accouchements	2002			2012			Variation du nombre d'accouchements
	Nombre d'établissements	Accouchements	%	Nombre d'établissements	Accouchements	%	
>= 4 000	5	24 965	3	16	73 944	9	+196 %
3 000-3 999	11	36 640	5	33	110 713	14	+202 %
2 000-2 999	87	204 136	26	96	232 035	28	+14 %
1 000-1 999	220	306 746	39	183	257 990	32	-16 %
500-999	234	172 377	22	162	123 019	15	-29 %
300-499	82	32 817	4	35	14 148	2	-57 %
<300	42	9 324	1,1	19	4 362	0,5	-53 %
Total	681	787 005	100	544	816 211	100	+4 %

Source : Cour des comptes d'après SAE-(DREES), France entière.

Les évolutions diffèrent également en fonction des types et des statuts juridiques d'établissements.

La catégorie de maternités qui a connu une réduction du nombre d'établissements et du nombre d'accouchements a été celle des unités d'obstétrique dépourvues d'unité de néonatalogie (type I), au profit des maternités pouvant assumer néonatalogie (type II A) et soins intensifs (type II B) et, plus encore, de celles qui y associent une unité de réanimation néonatale (type III). Entre 2002 et 2012, les accouchements réalisés dans les maternités de type II et III sont passés de 58,5 % du total à 73,1 %. On constate donc une désaffection relative à l'égard des

maternités de type I, au point que nombre d'entre elles risquent d'avoir une activité structurellement insuffisante.

Tableau n° 61 : évolution du nombre d'accouchements selon le type d'autorisation

Nombre d'accouchements	2002	%	2012	%	Écart	Variation 2012/2002
Maternité de type III	151 810	19,3 %	200 659	24,6 %	48 849	+32,2 %
Maternité de type II	308 536	39,2 %	395 562	48,5 %	87 026	+28,2 %
Maternité de type I	326 659	41,5 %	219 990	27,0 %	-106 669	-32,7 %
Total	787 005	100,0 %	816 211	100,0 %	29 206	+3,7 %

Source : SAE-(DREES), calculs Cour des comptes, France entière.

L'évolution de la structuration de l'offre de soins accompagne un mouvement plus général vers des soins de plus en plus techniques et donc coûteux, notamment en maternités de type III quand ces dernières prennent en charge des accouchements normaux qui ne sont pas leur vocation et une médicalisation accrue de l'accouchement²⁸⁰.

Plus de la moitié des fermetures entre 2002 et 2012 ont concerné le secteur privé lucratif, en grande partie parce qu'il était fortement composé de petits établissements, dont beaucoup n'ont pas été en mesure de se mettre aux normes. Ce secteur ne représente plus que le quart de l'offre (très majoritairement de type I) et de l'activité contre un tiers en début de période. Le secteur public constitue désormais les deux tiers du parc, la part des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), sans but lucratif, restant stable autour de 7 %.

La réduction du nombre de maternités n'a pas affecté la desserte du territoire. Les temps d'accès aux maternités sont globalement stables depuis dix ans²⁸¹ et la fermeture de maternités n'a pas créé de disparités régionales particulières. L'équipement du pays est même plus homogène qu'auparavant (entre 20 et 25 lits pour 1 000 accouchements dans toutes les régions, selon la DREES²⁸², sauf la Corse qui est mieux dotée), car les disparitions sont plutôt survenues dans les régions excédentaires. La mise en place de centres périnataux de proximité (au nombre de 78 en

280. Selon l'enquête nationale périnatale, la proportion de femmes dont le travail a été déclenché artificiellement est passée de 19,7 % à 22,7 % entre 2003 et 2010. Au cours de la même période, celle des accouchements avec péridurale ou rachianesthésie est passée de 74,9 % à 81,4 %.

281. La durée médiane reste de 17 minutes.

282. *Études et Résultats* n° 776, octobre 2011.

2012), généralement animés par des sages-femmes qui assurent notamment des consultations pré et post-natales, les cours de préparation à la naissance, les échographies, a au demeurant facilité le suivi des grossesses.

B - Une structuration par type de prise en charge imparfaitement assurée

Le maillage des maternités vise à assurer l'adéquation entre, d'une part, le degré de risque des grossesses et accouchements et, d'autre part, le niveau d'équipement des établissements d'accueil. Cette adéquation, cependant, est imparfaitement assurée, en raison non d'une insuffisance globale de l'offre, mais de l'orientation inadaptée d'une partie des parturientes. La sécurité des mères et des enfants et l'usage de la ressource publique s'en voient affectés.

1 - Des déficiences dans l'orientation des parturientes

a) Les signes d'inadéquation

La tendance à faire prendre en charge de plus en plus de grossesses à bas risque par des maternités de type III peut entraîner des effets de saturation, voire d'éviction. Ainsi, 25 % de ces établissements signalaient en 2010²⁸³ des difficultés d'accueil de grossesses les plus à risque par manque de place, avec en particulier pour conséquence des transferts d'un établissement à l'autre postérieurement à l'accouchement.

Parmi les grossesses à risque, une partie de celles concernant les grands prématurés (moins de 1 500 grammes à la naissance) ne sont pas accueillies, comme elles le devraient, dans les maternités de type III, dotées d'une réanimation néo-natale. En 2012, 13 % de ces naissances se sont déroulées dans des établissements de type II, voire de type I. Même en faisant la part des accouchements accidentels et non prévisibles, ce taux est supérieur à ce qu'il devrait être. Une meilleure orientation en amont et, le cas échéant, la réservation de lits pour les accouchements prématurés dans les maternités de type III devraient permettre de le faire baisser.

De même, les grossesses gémellaires présentent un risque majoré de complications, avec notamment un taux très élevé de naissances

283. DREES, *Les maternités en 2010, premiers résultats de l'enquête périnatale, Études et résultats n°776*, octobre 2011.

prématurées. Cependant, aucune règle formelle n'interdit ces naissances dans les maternités de type I, qui accueillent 13 % d'entre elles. Parmi les grossesses multiples (plus de deux enfants²⁸⁴), certes peu nombreuses, qui sont prises en charge en établissements de type I, le taux de mortalité est le triple de celui en maternités de type III. Pourtant, les grossesses multiples sont identifiées dès la première échographie prénatale, ce qui devrait permettre une orientation optimale.

b) Les causes de ces dysfonctionnements

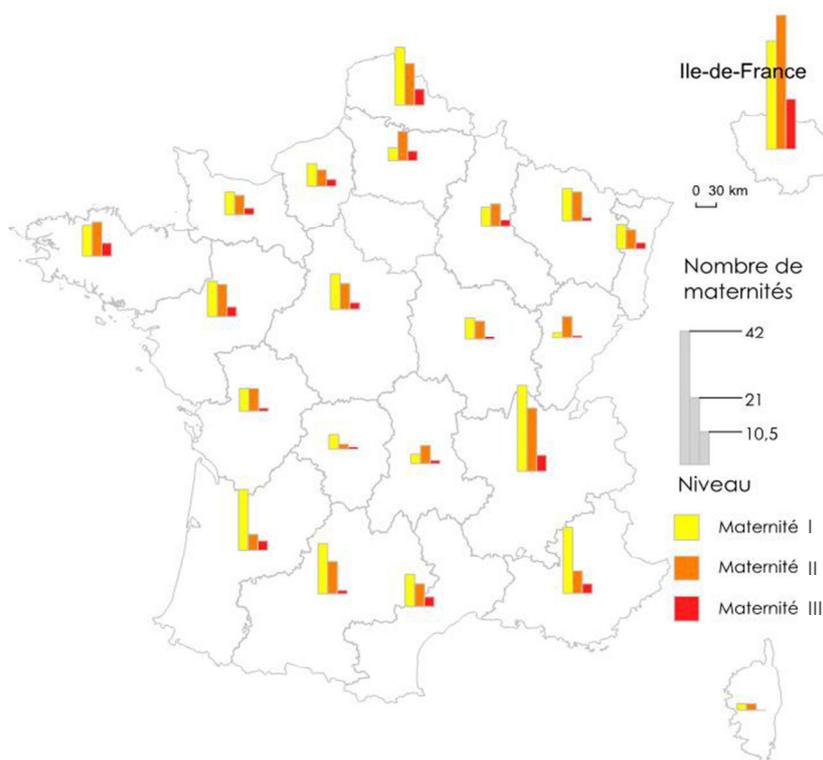
Une part de ces orientations inadéquates est certes due aux préférences exprimées par les familles, soucieuses de garantir la meilleure sécurité possible et optant pour la technicité des maternités de type III, même en cas de grossesses normales.

Ce n'est pas, cependant, la seule origine des inadaptations dans la bonne articulation des prises en charge en fonction du degré de risque de la grossesse. Le maillage des différents types de maternité n'est pas lui-même optimal. La répartition des maternités entre quatre niveaux de prise en charge (I, II A, II B et III) a dû tenir compte de l'offre existante. De surcroît, au cours de la quinzaine d'années qui a suivi, les capacités d'adaptation ont été inégales et n'ont pas nécessairement coïncidé avec les besoins de la population.

Parmi les régions dont la situation a été examinée par les juridictions financières, sept se retrouvent avec un seul établissement de type III et il y a en revanche pénurie de type I pour l'une d'entre elles (Franche-Comté). Un département (l'Allier) a trois maternités de type II, au demeurant sous-équipées par rapport à l'autorisation dont elles disposent, mais aucune de type I. Cette cartographie peut voir ses effets aggravés par celle de la démographie médicale : le manque de pédiatres, par exemple, limite *de facto* les capacités d'accueil du type II.

284. Une grossesse multiple sur vingt s'accompagne du décès d'un enfant.

Carte n° 6 : répartition des maternités (types I-II-III) par région en France métropolitaine



Source : SAE (DREES), année 2012.

Un facteur financier peut également jouer dans l'orientation des parturientes lorsque la répartition entre établissements publics et cliniques (où l'on pratique des dépassements d'honoraires et des tarifs hôteliers élevés) n'est pas homogène en termes de niveaux techniques des structures : le choix du type III peut tenir au fait que le type II appartient parfois en entier au secteur privé.

Le principal outil mis en place pour veiller à la prise en charge globale et continue des grossesses et à la correcte orientation des parturientes en fonction des complications possibles est constitué par les réseaux de santé en périnatalité, encouragés par l'un des décrets d'octobre 1998. Leur couverture du territoire est presque intégrale, puisque 2 % seulement des maternités n'appartiennent pas, aujourd'hui, à l'un d'entre eux, mais elle n'a pas un caractère harmonieux : ils sont parfois foisonnants (11 réseaux distincts en Île-de-France), parfois redondants

avec d'autres structures sans être toujours bien articulés avec les services de la protection maternelle et infantile (PMI) et s'assignent en fait des missions variables.

L'articulation effective entre maternités et professionnels de ville est quant à elle tributaire de l'offre disponible, laquelle connaît des disparités. Certaines maternités délèguent complètement à la ville leurs consultations, d'autres doivent les assumer intégralement faute de médecins libéraux.

2 - Le lien entre sécurité et taille ou type des maternités : une corrélation à mieux analyser

La question, certes délicate, de la corrélation entre taille ou type des maternités et sécurité des naissances n'est à ce jour pas correctement documentée.

L'enquête nationale périnatale de 2010 n'a pas cherché à croiser les données sur la mortalité périnatale avec celles relatives à la taille et au type des maternités. De manière générale, les résultats de périnatalité ne sont de fait pas analysés selon le niveau de soins fourni ou la taille de l'établissement. Ainsi, les revues de morbi-mortalité des réseaux de périnatalité, riches de nombreuses informations, n'abordent guère cet aspect.

S'il est logique que la morbi-natalité soit plus importante dans les maternités accueillant les grossesses les plus à risque, il conviendrait néanmoins d'analyser les causes de sa hausse apparemment continue dans les maternités de type I²⁸⁵, qui n'ont pas cette vocation. Quant au critère de la taille, il apparaît que la très grande majorité de la vingtaine d'établissements de type I ayant enregistré en 2012 des taux de mortinatalité supérieurs à 10 ‰ (moyenne générale 4,3 ‰) ont figuré dans la tranche de moins de 1 000 accouchements par an.

Une étude de 2012²⁸⁶ menée sur un échantillon de 106 maternités au sujet des hémorragies *post-partum*, première cause de mort maternelle, a conclu qu'en termes de taille, les établissements où il était le plus fréquent que la prise en charge ne fût pas optimale étaient ceux effectuant moins de 2 000 accouchements annuels.

285. Le taux de mortinatalité dans les maternités de type I était de 3,6 pour mille en 2002, 4,1 en 2008 et 4,3 en 2012.

286. C. Dupont, C. Deneux-Tharoux, *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, mai 2012.

Ces données appellent une analyse plus globale et plus approfondie afin de déterminer les adaptations souhaitables du dispositif, alors que la sécurité des naissances tarde à s'améliorer de façon décisive.

C - Une mise en œuvre des normes insuffisamment stricte

S'il a favorisé la restructuration des maternités, l'outil normatif est utilisé de manière insuffisamment rigoureuse, ce qui affecte la sécurité des soins procurés aux mères et aux nouveaux nés.

1 - Des normes incomplètes

Les normes fixées en 1998 comportent quelques lacunes²⁸⁷. En outre, si elles diffèrent selon les volumes d'activité - et non selon les types de maternités - elles sont silencieuses aux deux extrêmes.

D'une part, elles ne fixent pas d'exigences graduées au-delà de 2 000 accouchements (2 500 pour les sages-femmes). Cette indifférenciation laisse entière la question des problèmes spécifiques d'organisation dans les très gros établissements (il y a 16 maternités réalisant plus de 4 000 accouchements par an).

D'autre part, en deçà de 1 500 accouchements par an, les exigences sont identiques quel que soit le volume d'activité. Le seuil même de 300 accouchements, en deçà duquel une autorisation de fonctionnement ne peut en principe être maintenue, sauf dérogation, pose question dans la mesure où il est censé signifier qu'à ce niveau d'activité, une expérience suffisante des équipes est garantie en cas d'incident. Les maternités (au nombre de 13 en 2013) qui bénéficient d'une dérogation ne font paradoxalement l'objet d'aucun encadrement visant à renforcer la sécurité (la dérogation elle-même ne porte en général que sur l'autorisation de pratiquer moins de 300 accouchements dans l'année). Or, elles devraient être mises en mesure d'assurer de manière systématiquement et régulièrement contrôlée une sécurité équivalente à celle qu'offrent les autres établissements ou, à défaut, être fermées sans délai.

287. Elles n'imposent pas, par exemple, d'unité de réanimation adulte, même pour les types IIB et III et ne fixent pas de seuils pour les effectifs de médecins.

2 - Des normes appliquées seulement de manière partielle

Si les normes relatives à la disposition des locaux sont encore loin d'être partout appliquées avec rigueur, le problème le plus important concerne les normes de personnel.

En 2010, seules 54 % des maternités disposaient en permanence, sur place, d'un gynécologue, 74 % d'un anesthésiste-réanimateur et 34 % d'un pédiatre.

Les problèmes de recrutement ont une incidence très forte sur le fonctionnement des maternités. Ils sont particulièrement vifs dans les zones rurales et dans les zones à population défavorisée. Ils affectent tout particulièrement les petites maternités.

Deux traits caractérisent ces difficultés. Tout d'abord, elles ont un caractère cumulatif : des effectifs incomplets engendrent des tensions dans le travail, qui dissuadent la venue de nouveaux médecins qui pourraient compléter le personnel. En particulier, les jeunes générations de médecins apparaissent spécialement soucieuses de s'intégrer à des équipes bien constituées. En outre, le problème va rapidement s'aggraver du fait des perspectives démographiques des spécialités médicales de la naissance. Les départs en retraite vont être massifs dans les prochaines années : parmi les praticiens hospitaliers à temps plein, 55 % des anesthésistes-réanimateurs, 52 % des gynécologues-obstétriciens et 31 % des pédiatres seront partis entre 2009 et 2020 (dont les quatre cinquièmes pour cause de retraite)²⁸⁸. Malgré divers efforts consentis sur le *numerus clausus*, les flux de formation ne compenseront pas les départs prévisibles. Ils représentent du reste une proportion déclinante des postes ouverts à l'internat.

288. Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction hospitalière.

Tableau n° 62 : équipes soignantes suivant la taille des maternités en 2010

	< 500 accouchements par/an	500 à 999	1 000 à 1 499	1 500 à 1 999	> 1 999 accouchements par an	Total
Gynécologue-obstétricien <i>en permanence dans l'établissement</i>	8 %	18 %	44 %	95 %	100 %	54 %
Pédiatre <i>dans le secteur de naissance dans l'établissement</i>	0 % 2 %	4 % 8 %	10 % 12 %	21 % 17 %	56 % 22 %	21 % 13 %
Anesthésiste-réanimateur <i>dans le secteur de naissance dans l'établissement</i>	10 % 24 %	16 % 39 %	24 % 52 %	47 % 50 %	87 % 13 %	39 % 35 %

Source : enquête nationale périnatale 2010.

Dans des conditions conformes aux qualifications requises, le partage des tâches entre médecins et sages-femmes évolue vers une plus large délégation à ces dernières pour les accouchements normaux, même s'il s'agit là souvent d'ajustements contraints aux circonstances. Cependant, cette évolution n'est pas suffisante pour assurer la correcte application des normes de personnel.

Faute que soit abordée la question de la restructuration de l'offre de soins, des palliatifs partiels et précaires sont mis en œuvre, le plus souvent à l'initiative des établissements eux-mêmes. En général, ils ne règlent pas de façon satisfaisante les problèmes de qualité et de sécurité.

Le premier expédient consiste en un recours aux médecins à diplômes étrangers. Leur proportion est plus forte dans les trois spécialités de la naissance que dans les autres : un pour six à sept médecins à diplôme français, contre un pour douze. En principe, les médecins à diplôme non européen ne peuvent exercer en dehors de la présence d'un médecin de plein exercice tant qu'ils n'ont pas obtenu d'accréditation (laquelle peut prendre plusieurs années et ne survient pas toujours).

Le recours abondant à l'intérim et aux emplois contractuels, très coûteux au demeurant, n'est lui non plus pas optimal en termes de qualité

et de sécurité, comme l'a montré un rapport parlementaire récent²⁸⁹, à cause de la durée limitée de présence des professionnels concernés.

Les établissements tentent aussi de renforcer leur attractivité en recourant soit à des majorations de rémunération en application de dispositions légales (postes prioritaires dotés de primes, contrats d'engagement de service public proposés aux internes), qui se révèlent peu incitatives pour les professions de la naissance, soit, fréquemment, par des accommodements avec les règles, notamment celles relatives à la rétribution des gardes et astreintes ou à l'exercice libéral à l'hôpital.

La mutualisation de personnels médicaux entre établissements est aussi un procédé courant. À ce titre, de nombreux cas de bonnes pratiques peuvent être constatés. Cependant, la mutualisation sans regroupement des activités sur un site unique impose le maintien de lignes de garde et d'astreintes distinctes, ce qui dans le contexte d'une pénurie d'effectifs ne permet souvent que des palliatifs temporaires.

3 - Des normes insuffisamment contrôlées et sanctionnées

Les non-conformités se traduisent certes par des décisions de suspension d'activité, avec risque de fermeture définitive. Cependant, ce n'est pas systématiquement le cas. Les tolérances sont fréquentes, en particulier pour les petites maternités pratiquant moins de 500 accouchements par an confrontées à des difficultés financières ou d'effectifs, notamment pour assurer la permanence des soins. Le primat donné au maintien d'une structure de proximité ne saurait pourtant se traduire par l'acceptation d'une moindre sécurité pour les parturientes.

On ne peut que constater une forme de tolérance à l'égard des défauts de respect des normes, qui tendent à devenir, sinon simplement indicatives, du moins enjeux de négociation sur la rigueur de leur mise en œuvre. En matière de sécurité de la naissance, il ne devrait pourtant pas y avoir d'autre alternative que la mise en conformité sans délai ou la fermeture de l'établissement.

289. Olivier Véran, député de l'Isère, rapport devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte*, décembre 2013.

II - Une fragilité des maternités qui rend nécessaire la mise en œuvre d'une stratégie nationale

Après la vague de concentration déclenchée par le renforcement des normes de sécurité, de nouvelles disparitions sont susceptibles de se produire du fait de la situation de fragilité de nombreux établissements. À défaut d'une stratégie nationale visant à définir le maillage souhaitable des maternités, elles apparaissent de nature à affecter la continuité et la cohérence de la desserte du territoire.

A - Des maternités à la fois fragiles et coûteuses

1 - Des résultats fréquemment déficitaires

Il n'y a ni données ni analyses globales de l'équilibre financier des maternités en France, notamment parce que le résultat de chacune d'elles n'est pas isolé dans les comptes des établissements de santé auxquels elles appartiennent. Il existe par ailleurs fort peu d'établissements entièrement consacrés à cette activité qui permettraient de disposer d'une indication de ce que les données nationales ne peuvent faire apparaître. Les établissements ayant une mono-activité²⁹⁰ affichent toutefois de grandes difficultés financières.

Les juridictions financières se sont donc efforcées d'isoler les résultats d'un échantillon de 18 maternités. Les conclusions sont nettes : la grande majorité de celles-ci n'atteint pas le petit équilibre (couverture des charges directes de la maternité) et presque aucune ne couvre l'ensemble des coûts. Deux d'entre elles font exception, grâce à un mix de soins particulier (procréation médicalement assistée et diagnostic préimplantatoire pour l'une ; importance de la réanimation néonatale pour l'autre, du fait de la forte proportion de naissances prématurées prises en charge).

Les déficits peuvent être très importants : ils dépassent parfois le montant de la recette, voire font de la maternité l'activité la plus déficitaire de tout l'établissement de soins. Ils persistent souvent malgré les plans de retour à l'équilibre mis en place par les ARS. Ils n'épargnent pas le secteur privé à but lucratif, loin s'en faut : selon la fédération de

290. Centre hospitalier du Belvédère à Mont Saint-Aignan, Hôpital des Bluets-Pierre Rouquès et maternité des Lilas en Île-de-France.

l'hospitalisation privée, 58 % des maternités en clinique de type I connaissaient une situation très fragile en 2012. Le caractère déficitaire des maternités a pu être supporté par le passé par les cliniques privées dans le but de fidéliser une patientèle de proximité. Cette stratégie a été délaissée dans les dernières années et les nombreux regroupements d'établissements privés ont été accompagnés d'un désengagement de l'activité obstétrique.

2 - Des coûts en hausse continue

L'étude nationale sur les coûts à méthodologie commune (ENCC) fait apparaître que les coûts de l'obstétrique et de la néonatalogie augmentent continûment, alors que ceux de médecine et de chirurgie non obstétrique baissent globalement.

L'importance des investissements effectués depuis 2004 a grevé la situation des maternités comme des autres services et d'autant plus qu'ils ont le plus souvent concerné l'ensemble de l'établissement. Comme pour le reste de l'hôpital, les choix immobiliers n'ont pas toujours été fondés sur une analyse sérieuse des perspectives d'activité ou des capacités de financement. La fragilisation financière qui en résulte est durable.

Les dépenses de personnel ont additionné les effets spécifiques du renforcement des normes en 1998, ceux de la mise en place des 35 heures et ceux des nouvelles règles sur les récupérations obligatoires après les gardes, plus sensibles qu'en médecine et qu'en chirurgie programmée. Des recrutements importants ont été effectués, en particulier dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007. Par la suite, la progression des effectifs s'est ralentie, sous l'effet notamment de la baisse des effectifs de médecins, plus que compensée il est vrai, en termes d'emplois exprimés en équivalent en temps plein, par l'accroissement de celui des sages-femmes et surtout des infirmières spécialisées en puériculture.

Les normes d'effectifs s'élevant avec le volume d'activité non pas régulièrement mais par paliers, l'effet sur les charges joue lui aussi par paliers. Cette structuration explique que des maternités importantes puissent avoir des difficultés à équilibrer leur exploitation si le nombre de leurs accouchements les situe au bas de l'un des échelons d'activité retenus par les textes réglementaires.

3 - Un décalage entre tarifs et coûts

La tarification des actes réalisés dans les maternités ne tient pas compte de ces effets de seuil. Elle est ainsi décalée par rapport à la réalité des coûts.

La comparaison des coûts de 2012, tels qu'identifiés dans l'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) de juillet 2014 pour les groupes homogènes de malades (GHM) de la naissance, avec les tarifs correspondants fait apparaître que les tarifs du secteur public et du secteur privé non lucratif sont presque toujours inférieurs aux coûts constatés, parfois dans des proportions importantes, qu'il s'agisse des accouchements eux-mêmes s'ils sont sans complication ou, plus encore, des soins aux nouveau-nés²⁹¹. Encore les coûts pris en compte dans l'ENCC n'intègrent-ils ni les charges financières ni les charges immobilières, qui pénalisent plus fortement certains établissements.

Ce décalage a des explications historiques. Lors de l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité (T2A), les tarifs ont été arrêtés sur la base des enveloppes qui étaient auparavant consacrées à ces activités. Par la suite, ils ont subi les mêmes baisses, globalement, que l'ensemble des tarifs hospitaliers, avec cependant un réaménagement interne favorable aux actes les plus complexes des types II et III.

Pour les cliniques privées, dont les juridictions financières n'ont pu analyser les coûts en raison des limites de leurs attributions, cette situation a été accentuée, d'une part, par un mouvement de convergence intra-sectorielle destiné à effacer les fortes disparités antérieures à 2005 et, d'autre part, par l'héritage d'une structure tarifaire ancienne qui faisait subventionner les tarifs applicables aux nouveau-nés par ceux appliqués aux accouchements²⁹². Le résultat combiné de ces facteurs a placé de nombreuses maternités privées dans une situation financière difficile.

Pour autant, la solution ne saurait consister en un relèvement général des tarifs, qui pérenniserait les insuffisances d'efficience à l'origine d'une partie du désajustement des tarifs par rapport aux coûts. La résorption de ce dernier doit procéder en priorité d'une rationalisation des coûts dans des conditions compatibles avec une stricte application des normes de sécurité.

291. Écarts entre coûts et tarifs : 5,1 % pour les accouchements primipares sans complication, 16,6 % pour les soins aux nouveau-nés sans problème, 16,9 % pour les nouveau-nés présentant des problèmes significatifs.

292. Selon l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, les tarifs applicables aux soins aux nouveau-nés étaient sensiblement moins élevés dans les cliniques que dans le secteur public, inégalité que la baisse des tarifs de ce dernier aurait tendance à résorber. En revanche, les tarifs des accouchements facturés à l'assurance maladie, une fois réintégré les honoraires des médecins exerçant dans un cadre libéral, sont proches dans les deux secteurs.

B - Une efficacité limitée

Des marges d'amélioration existent sans remise en cause de la qualité des soins.

1 - Des taux d'occupation insuffisants

La mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier a pu déterminer en 2008 des objectifs-cible d'occupation des lits : de 270 à 300 journées par lit et par an, en fonction du volume d'activité de l'établissement. Quatre ans plus tard, selon les données fournies par la DREES, moins d'un tiers des établissements atteignaient cet objectif (32,3 %), soit moins qu'en 2002 (35,2 %) : tous faisaient partie des gros établissements (plus de 2 000 accouchements par an).

Un tiers des maternités ont des taux d'occupation inférieurs à 60 %. Le taux moyen en obstétrique n'est que de 70 %. Il s'élève globalement quand on passe des établissements de type I à ceux de types II et III.

Tableau n° 63 : répartition des maternités selon les taux d'occupation moyens en obstétrique en 2012

	Taux d'occupation moyen	Répartition des maternités		
		≤ 60 %	> 60 % et < 80 %	≥ 80 %
Type I	57,2 %	57,3 %	32,5 %	10,2 %
Type II	72,2 %	15,7 %	57,4 %	26,9 %
Type III	84,1 %	0,0 %	37,9 %	62,1 %
Tous établissements	70,2 %	33,5 %	43,2 %	23,3 %

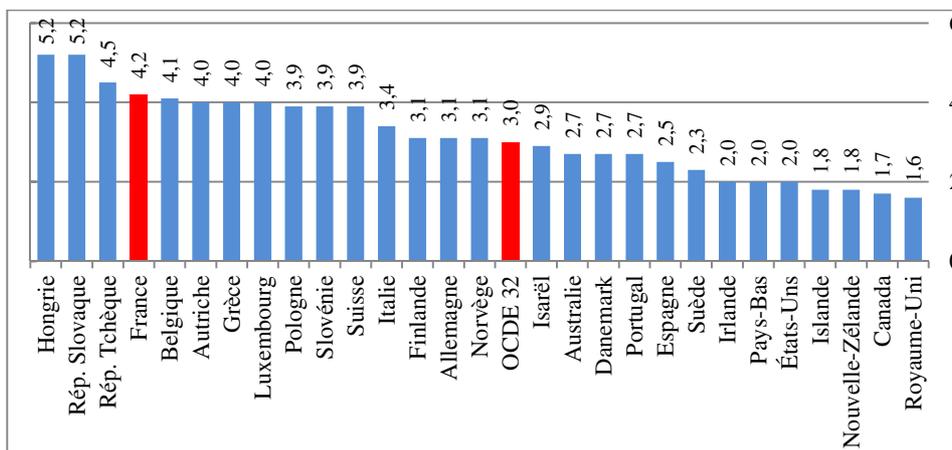
Source : données DREES, calculs Cour.

Au regard du volume d'activité, les plus petits services ont des taux particulièrement faibles (26,9 % pour ceux réalisant moins de 300 accouchements, 46 % entre 300 et 500 accouchements). Il est vrai que le minimum de 15 lits imposé aux services d'obstétrique depuis 1998, bien que très loin d'être systématiquement respecté, contribue parfois à cette sous-occupation. Un faible taux peut du reste aussi bien découler d'un surdimensionnement de la structure que d'une activité faible dans l'absolu : dans les deux cas, il y a inadéquation entre activité et ressources mobilisées et coûts de fonctionnement excessifs par rapport aux besoins.

2 - Une durée de séjour plus longue que dans les pays voisins

Le taux moyen d'occupation est d'autant plus préoccupant qu'il est en partie atteint grâce à des durées de séjour relativement longues. En 2011, la durée moyenne de séjour (DMS) atteignait 4,2 jours, certes en progrès (6,2 jours en 1995), mais encore assez loin de la moyenne de l'OCDE (3 jours, contre 4,3 jours en 1995 ; elle est de 3,1 jours en Allemagne et de 1,6 jour au Royaume Uni) et sans que cette diminution ait, sauf exception, été accompagnée d'une réduction des capacités excédentaires, ni, par conséquent, d'une réduction significative des coûts.

Graphique n° 20 : durée moyenne de séjour pour un accouchement normal dans l'OCDE (en jours)



Source : statistiques de l'OCDE sur la santé 2013 - durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, 2011 (ou année la plus proche).

Plusieurs pistes d'amélioration existent. La tarification actuelle n'encourage pas assez la réduction des durées de séjour et devrait être révisée. Parallèlement, les dispositifs d'accompagnement des mères lors de leur retour à domicile devraient être fortement amplifiés, comme la Cour l'avait préconisé en 2014²⁹³.

293. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre XIII : l'assurance maternité, une place à clarifier, p. 395-403, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr

C - Des réorganisations inéluctables qui requièrent un pilotage effectif de l'offre de soins

1 - Le besoin d'une stratégie nationale

Face à la fragilité avérée des maternités, les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) 2012-2017 retiennent une perspective de stabilité ou de baisse limitée du nombre d'établissements (-8 % au plus). Certains SROS prévoient ainsi le maintien de l'existant dans des régions où nombre d'établissements sont atteints d'une précarité certaine. Ces prévisions traduisent une stratégie en retrait, voire une passivité, des ARS, visant à pallier les difficultés quand elles se présentent plutôt qu'à chercher à les anticiper. Il en résulte une gestion au fil de l'eau, marquée à tous niveaux par des réticences à prendre en compte à leur juste dimension les problématiques de qualité et de sécurité des soins, à l'image de ce qu'il est advenu de la maternité d'Orthez, fermée en octobre 2014 après un décès, malgré des difficultés de respect des normes de fonctionnement connues de longue date.

D'une ARS à l'autre, deux traits sont révélateurs de l'absence d'une politique clairement définie au niveau national : des orientations très contrastées²⁹⁴ ; dans presque tous les cas, des fourchettes d'évolution possible trop larges pour ne pas refléter une position essentiellement attentiste²⁹⁵.

En l'état, l'offre de maternités sur le territoire n'évoluera pas en fonction d'une démarche pilotée et d'un discours clair des pouvoirs publics sur la nécessité des réorganisations auquel les ARS pourraient s'adosser, mais de contingences liées, selon le cas, à la situation financière des établissements, aux difficultés de recrutement, à la difficulté de respecter les normes de sécurité, à des défauts d'organisation devenus rédhibitoires dans le contexte d'un resserrement de l'ONDAM ou aux stratégies des groupes privés.

Le risque est patent d'une série de fermetures brutales ou de réorientations d'activités mal anticipées, voire contraires aux souhaits exprimés des ARS et à la bonne couverture du territoire (comme cela s'est récemment produit, par exemple, en Charente Maritime).

294. Cinq ARS prévoient un nombre significatif de fermetures, quand quatre autres n'excluent pas, au contraire, une augmentation.

295. Dans quatre régions, la fourchette varie entre une augmentation et une diminution de l'offre de maternités.

2 - Un mouvement de recomposition à poursuivre et à organiser

La superposition de problèmes de recrutement déjà récurrents, mais que des perspectives démographiques défavorables ne feront qu'accroître à bref délai, d'une situation financière précaire et du constat que les normes fixées depuis 1998 sont très loin 16 ans après d'être partout respectées, qu'il s'agisse des effectifs ou de la conformité des locaux, menace le maillage actuel des maternités.

Indépendamment même du contexte plus général de resserrement de l'ONDAM, une nouvelle étape de restructuration des maternités apparaît ainsi inévitable et nécessaire.

Afin de prévenir une recomposition subie, mal anticipée et mal maîtrisée, de l'offre de soins qui ne ferait qu'aggraver les fragilités et les difficultés de la prise en charge des parturientes, il importe que les réorganisations nécessaires s'inscrivent dans un schéma cible d'organisation à moyen terme, qui permette de répondre en termes de répartition géographique comme de qualité des soins aux exigences de sécurité, à l'urgence d'une amélioration des indicateurs de périnatalité et aux demandes des parturientes qui évoluent.

La mise en place de cet instrument devrait être l'occasion, notamment, d'une réflexion actualisée sur le seuil d'activité des établissements, celui de 300 accouchements fixé en 1998 ne répondant plus aux problèmes rencontrés.

S'il est jugé souhaitable que de petites maternités soient maintenues lorsqu'elles n'ont pas d'alternative pour la couverture territoriale, encore faut-il qu'elles soient aussi sûres que les autres. La réforme de leurs modalités de financement à titre d'établissements isolés, telles que désormais mises en place par un décret du 17 février 2015, avec un financement comportant, à côté de la tarification à l'activité, une part forfaitaire, n'est pas en soi suffisante. Un équilibre financier mieux assuré ne garantit aucunement la sécurité de la naissance dans un contexte de pénurie démographique, qui va s'accroître, des professionnels de santé employés par les maternités. Il est de la responsabilité éminente des pouvoirs publics d'y veiller avec toute la rigueur nécessaire.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La substantielle recomposition de l'offre en maternités intervenue depuis 1998 est porteuse d'enseignements.

Engagée pour des considérations de santé publique, mise en œuvre par le moyen de l'introduction et du renforcement d'un nombre réduit de normes, elle a très fortement redessiné l'offre de soins en obstétrique en concentrant celle-ci autour des établissements les plus médicalisés, montrant ainsi une efficacité qu'on ne trouve dans aucun autre des instruments employés par l'État pour recomposer le système de soins.

Pendant, la recomposition de l'offre de soins, telle qu'intervenue, ne saurait être considérée comme suffisante. Si elle n'a pas suscité de problème d'accès aux soins par le seul fait de la réduction du nombre de maternités, elle n'a pas conduit à une orientation parfaitement adéquate des parturientes, elle a laissé subsister des insuffisances de qualité et de sécurité, notamment dans les petites maternités et elle s'accompagne d'un respect toujours imparfaitement assuré des normes réglementaires. La puissance publique n'a ainsi que partiellement assumé ses responsabilités

En l'état, cette recomposition aboutit à un maillage rendu fragile par des difficultés lourdes de recrutement - qui vont s'aggraver très fortement du fait de l'importance des départs en retraite dans les spécialités médicales concernées - et des déséquilibres financiers liés à une organisation manquant d'efficacité et à une tarification désajustée par rapport à la réalité des coûts.

Cette situation appelle les pouvoirs publics à se départir de leur attentisme, qui revient trop souvent à attendre des accidents graves pour engager des restructurations ponctuelles, pour engager une politique active de pilotage de l'offre. Une nouvelle étape de recomposition du réseau des maternités est inévitable et nécessaire, mais elle risque de se traduire par des ajustements mal maîtrisés, au détriment notamment de certaines zones fragiles si n'est pas saisie l'opportunité de mettre en place un dispositif pérenne, cohérent et efficace. Elle doit faire l'objet d'un pilotage attentif selon une logique comparable, fondée sur des impératifs de sécurité et sur l'objectif de redresser les indicateurs de santé publique en matière de périnatalité.

La Cour formule les recommandations suivantes :

26. contrôler le respect rigoureux des normes de fonctionnement dans les maternités bénéficiant d'une autorisation d'ouverture par dérogation malgré un nombre annuel d'accouchements inférieur à 300 et plus largement dans l'ensemble des petites maternités et les fermer sans délai en cas d'absence de mise en conformité immédiate ;

27. mieux organiser la prise en charge des grossesses à risque, en renforçant l'efficacité des réseaux de périnatalité et en donnant priorité à l'admission en maternités de type III des parturientes dans cette situation ;

28. systématiser l'analyse des résultats de périnatalité des maternités et subordonner en cas de résultats dégradés la poursuite de l'activité à la mise en œuvre des mesures correctrices appropriées ;

29. définir un schéma cible d'organisation à moyen terme des maternités, reposant notamment sur une analyse de l'opportunité d'une réappréciation à la hausse des seuils d'activité et sur une objectivation du bon dimensionnement et de l'articulation des maternités pour optimiser les prises en charge ;

30. réduire la durée moyenne de séjour grâce notamment à un meilleur accompagnement du retour à domicile des mères et mettre fin à la sous-occupation des maternités en supprimant les lits inutiles et les moyens qui y sont affectés.

Chapitre VIII

Les centres de lutte contre le cancer : un positionnement à redéfinir dans l'offre de soins

PRÉSENTATION

La création dans les années 1920 d'établissements de santé spécialisés dans la lutte contre le cancer a répondu à l'augmentation des cas alors constatée et à l'apparition de nouvelles modalités thérapeutiques, avec en particulier la diffusion de la radiothérapie²⁹⁶ qui nécessitait des installations adaptées. Par la suite, s'inspirant de l'Institut Curie²⁹⁷, une ordonnance du 1^{er} octobre 1945 a institué les centres de lutte contre le cancer (CLCC)²⁹⁸. Il s'agissait alors d'un nouveau type d'établissements, privés sans but lucratif, associant soins dans le cadre d'un exercice médical à plein temps, recherche et enseignement treize ans avant que ne soient créés les centres hospitaliers universitaires (CHU) suivant des principes identiques.

Implantés dans 16 des 22 régions métropolitaines, les 18 CLCC représentent une part significative de l'offre de soins oncologiques. En 2013, dotés de 3 632 lits et places, employant 15 880 personnes en équivalent temps plein, bénéficiant au total de plus de 1,6 Md€ de recettes de l'assurance maladie, ils ont pris en charge 110 336 patients, soit près de 10 % des personnes atteintes de cancer.

Dans le prolongement des travaux qu'elle a consacrés à la place des établissements de santé privés d'intérêt collectif dans le système de soins²⁹⁹ et aux différents plans cancer³⁰⁰, la Cour a examiné l'évolution au cours des dernières années de ce modèle original au sein du système hospitalier.

296. Issue notamment des travaux de Marie Curie, la radiothérapie traite le cancer par des rayons qui détruisent ou stoppent le développement des cellules cancéreuses.

297. Cour des comptes, *Rapport sur un organisme bénéficiant de dons, L'Institut Curie*, février 2015, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

298. Ordonnance n° 45-2221 du 1^{er} octobre 1945 relative à l'organisation des centres de lutte contre le cancer.

299. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre X : la place de l'hospitalisation privée à but non lucratif, p. 281-305, septembre 2013, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

300. Cour des comptes, *Rapport public thématique : La mise en œuvre du Plan cancer*, juin 2008, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr ; Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012*, Tome 1. La lutte contre le cancer, p. 25-48, février 2012, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Elle a constaté que sa spécificité restait marquée, mais s'atténuait sous l'effet notamment de la généralisation par les plans cancer successifs des pratiques dont les CLCC avaient été les initiateurs (I). Les fragilités de nombreux centres posent la question de leur avenir et nécessitent de mettre en place des coopérations plus larges et plus abouties (II).

I - Un modèle dont le particularisme s'estompe

Par leur capacité d'innovation, les centres de lutte contre le cancer occupent encore aujourd'hui une place spécifique dans l'offre de soins en ce domaine. Les orientations retenues dans le cadre des plans cancer successifs³⁰¹, qui marquent souvent la reconnaissance de leurs apports, tendent cependant à l'éroder.

A - Un positionnement singulier dans l'offre de soins

1 - Une place minoritaire avec de fortes positions régionales

En 2013, les centres de lutte contre le cancer représentaient un peu plus de 3 600 lits et places, soit moins de 1 % de la capacité hospitalière globale.

En termes de file active³⁰², ils ont pris en charge cette même année 9,8 % des personnes atteintes d'un cancer (soit un peu plus de 110 300 personnes), contre 25,8 % pour les CHU, 31,9 % pour les centres hospitaliers (CH), 42,2 % pour le secteur privé commercial et 7,5 % pour le secteur privé non commercial³⁰³. De 2006 à 2013, le nombre de personnes hospitalisées a augmenté nettement et régulièrement dans les CLCC (+31 %), dans les établissements de santé privés non lucratifs (+29 %), dans les CHU (+20 %) et dans les CH (+22 %), tandis qu'il a diminué dans les établissements privés à but lucratif (-10 %).

En termes d'activité, les CLCC représentent une part nettement plus importante. Du fait du nombre élevé des séances de radiothérapie et

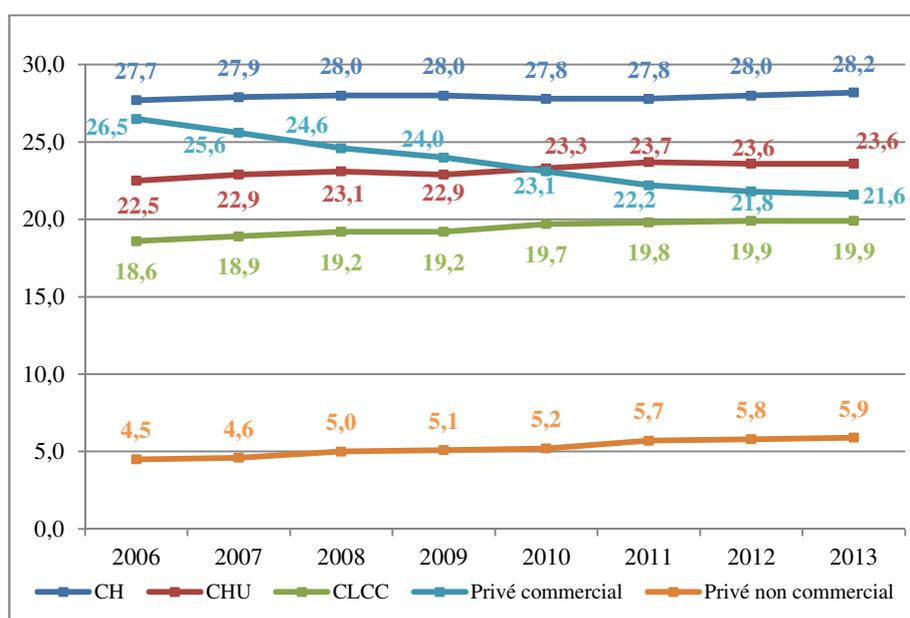
301 Trois plans cancer sont intervenus (2003-2007, 2009-2013 et 2014-2019). Il n'a pas été établi de bilan chiffré du premier plan. Le coût de l'exécution du deuxième plan cancer est estimé à 1,2 Md€ et le montant prévisionnel du troisième plan atteint 1,5 Md€.

302. Il s'agit du nombre de personnes prises en charge au titre d'un cancer.

303. Un patient peut être pris en charge dans plusieurs établissements.

de chimiothérapie qui y sont effectuées³⁰⁴, ils ont enregistré en 2013 1,3 million de séjours et de séances, soit 20 % de l'activité nationale en cancérologie, contre 28 % pour les CH et près de 24 % pour les CHU. La part des CLCC dans l'activité de cancérologie a régulièrement progressé de 2006 à 2013, comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique n° 21 : évolution de l'activité de cancérologie (séjours et séances) par type d'établissement de 2006 à 2013



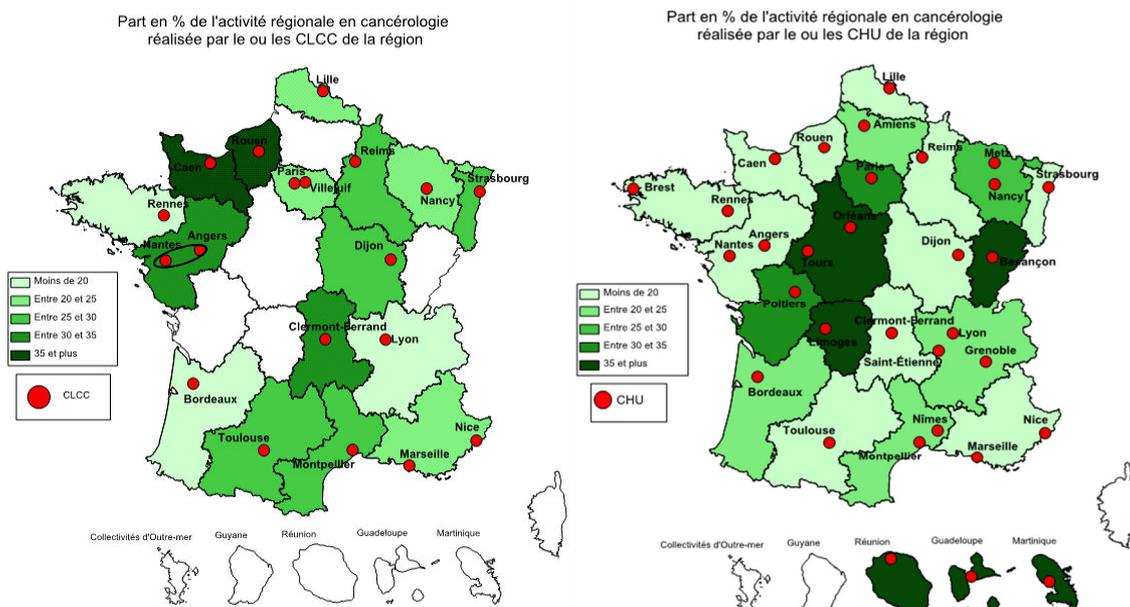
Source : Institut national du cancer (INCa).

Dans certaines régions, les CLCC occupent une place plus importante. En Basse-Normandie et en Haute-Normandie, ils représentent ainsi respectivement 46,4 % (69 175) et 37,3 % (61 122) des hospitalisations au titre d'un cancer.

Dans la plupart des régions qui comptent un ou plusieurs CLCC et CHU, le cumul de leur activité avoisine 40 % à 50 % de l'activité régionale. Une forte présence du CLCC est souvent corrélée avec une part plus faible de l'activité pour le CHU (par exemple, 16,6 % en Auvergne, 12,9 % en Champagne-Ardenne ou 11,9 % en Haute-Normandie), comme le montrent les cartes suivantes.

304. Les séances de radiothérapie et de chimiothérapie représentent 86 % de l'activité des CLCC.

Cartes n^{os} 7 et 8 : répartition régionale de l'activité de cancérologie (en nombre d'hospitalisations) réalisée par les CLCC et les CHU



Source : Cour des comptes d'après de l'INCa.

Une forte concurrence en Île-de-France

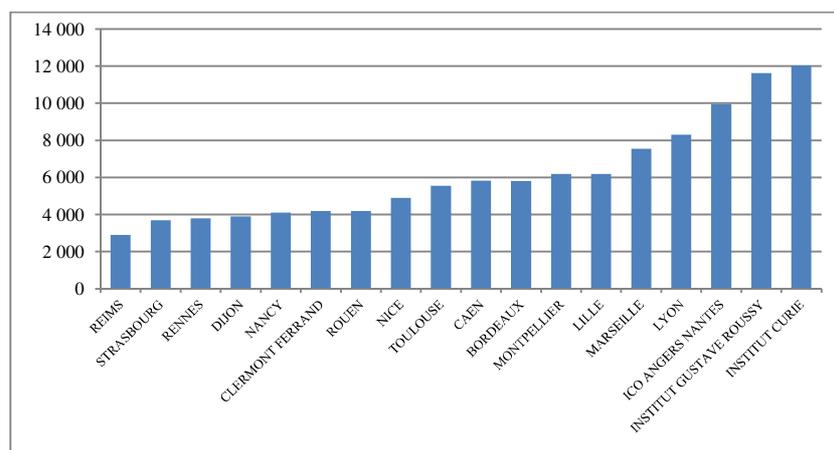
En Île-de-France, 147 structures disposent d'une autorisation d'activité de traitement du cancer : deux CLCC (l'Institut Curie et l'Institut Gustave Roussy – IGR-), l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) sur 21 sites, 34 centres hospitaliers généraux, 11 établissements privés non lucratifs et 79 établissements privés lucratifs. L'offre de soins oncologiques repose ainsi sur quelques grands établissements et sur un grand nombre de petits établissements avec des activités parfois isolées. Les deux CLCC assurent 22,7 % de l'activité régionale de cancérologie, l'AP-HP en réalisant pour sa part 32,2 %.

Les CLCC ont une patientèle majoritairement régionale, à l'exception des deux centres franciliens qui ont une attractivité nationale et internationale³⁰⁵.

2 - Des centres de taille hétérogène

Par leur file active, les deux centres franciliens se démarquent nettement de la plupart des autres CLCC. Ainsi, l'Institut Curie (12 032 patients) et l'Institut Gustave Roussy (11 623 patients) ont pris chacun en charge en 2013 quatre fois plus de patients que le plus petit centre, celui de Reims (2 907 patients).

Graphique n° 22 : nombre de personnes prises en charge au titre d'un cancer dans les CLCC en 2013



Source : Cour des comptes d'après l'INCa.

En 2013, le centre Léon Bérard de Lyon disposait du nombre le plus élevé de lits et de places (467)³⁰⁶, suivi de l'Institut Gustave Roussy (448 lits et places). Le plus petit centre est celui de Reims (98 lits et

305. L'Institut Gustave Roussy et l'Institut Curie ont accueilli respectivement 30,5 % et 18,3 % de patients non franciliens. En ce qui concerne l'attractivité internationale, en 2013, 5,7 % des patients pris en charge par l'Institut Gustave Roussy et 2 % des patients de l'Institut Curie (mais 10 % de ses patients traités par protonthérapie) résidaient habituellement dans un pays étranger.

306. La capacité d'accueil de cet établissement, qui dispose seulement de la quatrième file active, doit toutefois être relativisée compte tenu des 164 lits de HAD (hospitalisation à domicile) dont il dispose, cette activité n'existant pas dans la plupart des autres centres.

places), tandis que les centres de taille moyenne (comme Nancy ou Bordeaux) comptaient 180 à 190 lits et places.

L'équipement en appareils de radiothérapie varie selon les centres : en 2013, selon Unicancer³⁰⁷, alors que l'Institut Curie et l'Institut de cancérologie de l'Ouest étaient chacun équipés de 11 appareils, les centres de Bordeaux, Clermont, Dijon, Marseille et Rennes n'étaient dotés respectivement que de quatre appareils (trois pour le centre de Reims).

Cinq centres (l'Institut Gustave Roussy, l'Institut Curie, l'Institut de cancérologie de l'Ouest, l'Institut Paoli-Calmettes (IPC) à Marseille et le centre Léon Bérard à Lyon) employaient plus de 1 000 personnes (en équivalents temps plein médical et non médical). Deux centres (le centre Eugène Marquis à Rennes et l'Institut Jean Godinot à Reims) en comptaient moins de 400. Aux deux extrêmes, l'Institut Jean Godinot comptait 391 équivalents temps plein et l'Institut Gustave Roussy 2 295.

3 - Une spécialisation prononcée en sénologie³⁰⁸ et radiothérapie

a) Une activité inégalement développée selon le type de cancer

Les CLCC se distinguent par leur expertise sur le cancer du sein, qui est le cancer le plus fréquent en France. En 2013, les tumeurs malignes du sein ont ainsi représenté près de 40 % de leur activité. Les centres ont pris en charge plus de 510 000 hospitalisations (séjours ou séances)³⁰⁹ à ce titre, soit 34 % de l'activité nationale de sénologie et ont suivi près de 10 000 patientes de plus que les CHU, mais 20 000 de moins que le secteur privé commercial.

Les CLCC interviennent aussi de manière significative pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures (plus de 116 000 hospitalisations, soit 27,6 % de l'activité nationale) et pour les cancers des organes génitaux féminins (plus de 90 000 hospitalisations, soit 26,1 % de

307. Unicancer, qui a pour objet de représenter les intérêts des centres, est un groupement de coopération sanitaire de moyens, qui réunit depuis 2011 les CLCC et la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), cette dernière agissant en tant qu'organisme patronal pour la négociation de la convention collective.

308. La sénologie est l'étude des anomalies du sein.

309. Les données relatives au positionnement des CLCC et des autres catégories d'établissements dans l'offre de soins oncologiques ont été établies par l'INCa et par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

l'activité nationale)³¹⁰. Les centres sont également des établissements de référence pour certains cancers rares, ceux-ci ne générant cependant qu'un nombre réduit d'hospitalisations du fait de leur moindre fréquence.

Tableau n° 64 : part des CLCC dans l'activité nationale pour certains cancers rares

Zone du corps	Nombre d'hospitalisations pour cancer en 2013	Part de l'activité nationale en % en 2013
Œil	9 112	68,6
Tissus mous	25 144	50,1
Os	12 161	40,0
Système nerveux	50 538	32,8

Source : INCa.

En revanche, pour certaines tumeurs, les CLCC ont une activité très en retrait. Ainsi, alors que le cancer de la prostate constitue le premier cancer chez l'homme, il est marginalement pris en charge par les CLCC, la chirurgie prostatique étant principalement réalisée dans les services spécialisés en urologie des établissements privés ou publics. De même, seuls les centres de Marseille, Rouen et Villejuif exercent une activité d'hématologie. Le fait que les CLCC n'interviennent pas dans la prise en charge de certains cancers résulte généralement soit de choix anciens de spécialisation, soit de décisions de répartition d'activité avec les CHU.

b) Une activité prédominante en radiothérapie

Les CLCC sont historiquement orientés vers la radiothérapie, mode de traitement du cancer qui constitue près de 63 % de leur activité, contre 27 % pour la chimiothérapie et 3 % pour la chirurgie. En 2013, au plan national, les CLCC ont réalisé 43 % des séances de radiothérapie³¹¹.

310. La deuxième prise en charge la plus importante en CLCC est celle de l'appareil digestif (plus de 15 500 patients en 2013), mais cette activité est modeste par comparaison avec celle des CHU, qui prennent en charge quatre fois plus de patients. En 2013, près de 141 000 hospitalisations au titre de l'appareil digestif ont ainsi été réalisées dans les CLCC, soit 11 % de l'activité nationale.

311. Ce chiffre ne tient cependant pas compte des cabinets libéraux qui assureraient environ la moitié de l'activité nationale en radiothérapie.

Ils disposaient de 114 appareils de radiothérapie sur un parc total national de 479 appareils (soit près d'un quart)³¹².

L'association des techniques d'imagerie avec la radiothérapie permet depuis plusieurs années d'améliorer le diagnostic et la définition de la zone à traiter et, ainsi, d'éviter les rayonnements sur les organes sains. C'est pourquoi les CLCC disposent d'un important parc d'appareils d'imagerie, comptant 25 scanners, 12 appareils d'imagerie à résonance magnétique (IRM) et 16 tomographes par émission de positrons (TEP-scan)³¹³.

Par ailleurs, les centres ont réalisé, en 2013, 14 % de l'activité nationale de chimiothérapie en séances et 24 % de l'activité nationale de chimiothérapie en séjours.

Les CLCC présentent ainsi une structure d'activité atypique par rapport à celle des autres établissements de santé. Pour certaines tumeurs, ils n'assurent ainsi parfois que les traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie, les interventions chirurgicales étant alors effectuées par un autre établissement.

4 - Un rôle souvent pivot en matière de coordination des soins

Le premier plan cancer a prévu la mise en place de pôles régionaux de cancérologie³¹⁴ et de réseaux régionaux de cancérologie assurant une coordination transversale des différents intervenants en ce domaine.

Les CLCC jouent un rôle souvent déterminant dans la mise en œuvre de ces orientations. Ainsi, le siège de huit réseaux régionaux de cancérologie³¹⁵ sur 25 est implanté dans un CLCC. Certains centres portent des réseaux spécifiques d'organisation des prises en charge pour

312. Sur un parc de 479 appareils de traitement de radiothérapie en 2013, les CHU disposaient de 73 appareils, les CH de 74 appareils, tandis que le secteur privé était équipé de 197 appareils, dont 189 dans les cabinets libéraux (INCa).

313. Ce volume d'équipements représente 4 % des scanners, 3 % des IRM et 19 % des Tep-scan installés dans l'ensemble des établissements publics et privés.

314. Le pôle régional est constitué d'établissements de santé qui exercent, en sus de leurs activités de soins standards, des missions régionales hautement spécialisées, de recours et d'expertise, de recherche clinique et d'innovation.

315. Il s'agit des régions Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Lorraine, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes. Le réseau régional de cancérologie (RRC) a un rôle de coordination de l'ensemble des opérateurs, avec pour objectifs l'amélioration de la qualité des pratiques, du partage d'expériences et de la communication des données médicales du patient.

les cancers rares, les enfants ou les personnes âgées. Le centre Léon Bérard (Lyon) est par exemple le centre expert national des sarcomes et l'Institut Gustave Roussy est le coordonnateur de l'organisation interrégionale en oncologie pédiatrique de l'Île-de-France. Les CLCC ont également un rôle moteur dans le fonctionnement des centres de coordination en cancérologie (3C)³¹⁶ multi-établissements et dans l'animation de réunions de concertation pluridisciplinaires communes.

Les pôles régionaux reposent généralement sur une coopération entre le CHU et le CLCC. Cette coopération n'est pour autant pas systématiquement assurée ou n'a toujours pas débouché sur la mise en place d'organisations transversales.

B - Un modèle original et précurseur

1 - Des établissements privés dans lesquels l'État est très présent

Les CLCC sont des établissements de santé privés d'intérêt collectif à caractère non lucratif (ESPIC)³¹⁷.

Malgré leur statut privé, l'État joue un rôle majeur dans leur gouvernance : l'existence et les modalités de fonctionnement des CLCC sont organisées par le législateur et par l'autorité réglementaire³¹⁸, leur liste est arrêtée par le ministre chargé de la santé, le directeur général de chaque centre (traditionnellement un médecin) est nommé par ce même ministre et le conseil d'administration est présidé par le préfet de l'un des départements de leur région d'implantation. De ce fait, l'État est partie prenante aux décisions stratégiques et aux principales décisions de gestion.

316 .Ce dispositif a pour mission d'assurer la qualité et de fédérer la pluridisciplinarité au niveau d'un ou plusieurs établissements de santé, notamment par l'organisation et le suivi des réunions de concertation pluridisciplinaires.

317. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre X : la place de l'hospitalisation privée à but non lucratif, p. 281-305, septembre 2013, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

318. Un chapitre du code de la santé publique est consacré aux CLCC (articles L. 6162-1 à L. 6162-13 et articles D. 6162-1 à D. 6162-14).

2 - Une prise en charge pluridisciplinaire et innovante

Dès leur création, les CLCC se sont distingués des autres établissements en adoptant un modèle novateur proposant une prise en charge pluridisciplinaire et globale du patient, à l'inverse des autres établissements et notamment des CHU, traditionnellement organisés autour d'une approche par organe qui a été reproduite en matière de traitement du cancer en fonction de la localisation de la tumeur. Leurs médecins ne peuvent exercer d'activité libérale, ni dans l'établissement, ni à l'extérieur de ce dernier. Pour la plupart des cancers, les centres offrent aux patients l'ensemble des modalités de prise en charge en cancérologie : radiothérapie, chimiothérapie et chirurgie.

Les CLCC ont été à l'origine d'innovations organisationnelles importantes (réunions de concertation pluridisciplinaire, consultations d'annonce de la maladie). Tout comme les autres établissements, ils cherchent aujourd'hui à s'adapter aux évolutions de la cancérologie en proposant de nouveaux traitements ou modes d'organisation et en répondant de manière plus individualisée aux attentes des patients. La recherche en matière de thérapies ciblées (par exemple les investigations dans le domaine de l'immunothérapie³¹⁹), le développement d'une offre de soins de support³²⁰ ou l'utilisation de technologies de pointe (par exemple la protonthérapie³²¹) en sont des illustrations. Plusieurs centres se sont par ailleurs engagés dans des démarches innovantes de réduction des délais entre le diagnostic et le traitement.

319. L'un des programmes de recherche de l'Institut Curie initié en 2011 a pour objet de concevoir des vaccins thérapeutiques pour apprendre aux cellules immunitaires à engager le combat contre des cellules cancéreuses en épargnant les cellules saines. Des prototypes de vaccins sont à l'étude pour les cancers du poumon et de l'ovaire.

320. Les soins de support sont l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades. Il s'agit notamment de la prise en compte de la douleur, de la fatigue, les problèmes nutritionnels, des troubles digestifs... Ils concernent aussi les difficultés sociales, la souffrance psychique, les perturbations de l'image corporelle et l'accompagnement de la fin de vie (soins palliatifs).

321. L'Institut Curie et le centre Antoine Lacassagne (Nice) disposent de la protonthérapie, équipement de radiothérapie de haute précision permettant notamment de traiter des tumeurs localisées de l'œil ou du cerveau, tout en limitant les impacts sur les organes sains ou critiques, sensibles aux radiations.

Le diagnostic rapide

Le diagnostic rapide vise à organiser sur une journée l'ensemble des examens d'établissement du diagnostic, la réunion de concertation pluridisciplinaire avec les orientations thérapeutiques, la consultation d'annonce et la programmation du traitement. Le centre Henri Becquerel de Rouen a été le premier établissement de Haute-Normandie à organiser le diagnostic rapide des cancers du sein. L'unité thyroïde du CLCC de Reims permet au patient de bénéficier le jour même de l'ensemble des examens nécessaires au diagnostic.

Les centres sont soutenus dans cette démarche par leur fédération Unicancer qui a réalisé une étude pour identifier l'évolution des modes de prise en charge des cancers d'ici 2020³²².

L'ensemble des CLCC est certifié sans réserve par la Haute Autorité de santé³²³.

3 - Une implication forte mais inégale dans l'enseignement et la recherche

Les CLCC réunissent en leur sein non seulement des activités de soins, mais aussi de recherche et d'enseignement. Ils hébergent des équipes de recherche fondamentale et translationnelle³²⁴, constitués en partenariat avec des établissements publics à caractère scientifique et technologique, en particulier l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), le Centre national de la recherche scientifique (CNRS) et des universités, dans le cadre d'unités mixtes de recherche. L'Institut Curie en constitue le modèle le plus achevé, par la mise en place d'une plate-forme de recherche de niveau international qui

322. L'étude d'Unicancer « Quelle prise en charge des cancers en 2020 ? » (2013) identifie les évolutions des thérapeutiques suivantes : le développement de la chirurgie ambulatoire, la réduction du nombre de séances de radiothérapie grâce à l'innovation (la radiothérapie hypofractionnée), le renforcement des chimiothérapies à domicile, le développement de la biologie moléculaire au stade du diagnostic et du traitement grâce aux thérapies ciblées, ainsi que le développement de la radiologie interventionnelle et des soins de support.

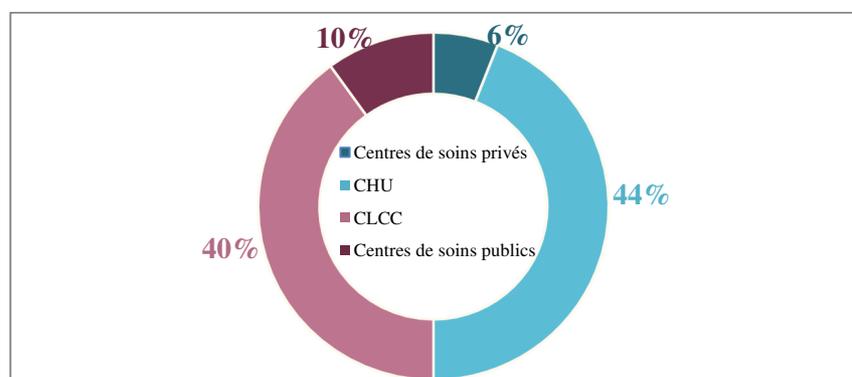
323. 72 % des centres sont certifiés sans recommandation et 28 % avec recommandation(s). À titre de comparaison, 45 % des établissements privés lucratifs, 18 % des centres hospitaliers et 11 % des centres hospitaliers universitaires, ayant ou non une activité de traitement du cancer, sont certifiés sans recommandation.

324. La recherche translationnelle vise à accélérer le transfert des découvertes de la recherche fondamentale vers la recherche clinique.

accueille 14 unités mixtes de recherche regroupant 90 équipes associées au CNRS, à l'INSERM et aux universités d'Île-de-France³²⁵.

Les CLCC sont cependant aussi très fortement investis en propre dans la recherche clinique³²⁶ : promoteurs de 300 essais cliniques en 2012, ils ont assuré 40 % des inclusions de patients dans les essais cliniques de cancérologie en 2013, contre 44 % dans les CHU et 6 % seulement dans les établissements privés.

Graphique n° 23 : inclusion de patients dans des essais cliniques sur le cancer en fonction du type de structure de soins en 2013



Source : rapport scientifique de l'INCa (2013-2014).

Employant 39 % du nombre total de personnels affectés à la recherche clinique en cancérologie sur le territoire national, les CLCC disposent au total de 235 personnels hospitalo-universitaires, dont 139 professeurs des universités - praticiens hospitaliers - et 30 maîtres de conférence, très inégalement répartis selon les centres en fonction de la qualité de leur relations avec la faculté de médecine et le CHU. Les effectifs hospitalo-universitaires peuvent de fait être faibles, même dans des établissements de grande taille, tels que l'Institut Curie ou le centre Oscar Lambret de Lille.

325. En 2013, sur 1 107 personnes (dont 406 chercheurs) travaillant au centre de recherche de l'Institut Curie, 443 étaient employées par le CNRS, l'INSERM et les universités. Sur les 187 chercheurs en contrat à durée indéterminée du centre, seuls deux étaient directement salariés de l'Institut.

326. La recherche clinique est une recherche effectuée chez l'être humain qui vise à améliorer la prise en charge et le traitement de la maladie. Dans ce cadre, des essais cliniques sont pratiqués sur des patients.

L'engagement des CLCC dans la recherche a pour corollaire une bonne capacité à répondre aux appels à projets nationaux³²⁷ et de bons indicateurs en matière de publications scientifiques. Selon une étude bibliométrique commandée à l'INSERM par Unicancer en 2013, les CLCC ont produit, entre 2008 et 2012, 9 715 publications, soit 27,4 % du nombre total de publications scientifiques françaises dans le domaine du cancer. 38 % des travaux sont publiés dans des journaux scientifiques à forte notoriété (premier décile en impact facteur).

Cette activité de recherche de haut niveau est toutefois inégale selon les centres. L'Institut Gustave Roussy et l'Institut Curie y ont une place prédominante, avec 53 % des publications scientifiques des CLCC. Les autres centres connaissent des écarts significatifs : tandis que le centre Léon Bérard (Lyon) a produit 1 115 publications sur la période 2008-2012, 120 publications ont été recensées pour le CLCC de Strasbourg et 71 pour celui de Reims.

Un modèle proche de celui du « *comprehensive cancer center* »

Le modèle développé par les CLCC est très proche du concept du « *comprehensive cancer center* », né aux États-Unis dans les années 1970, qui associe systématiquement la recherche et les soins dans des établissements spécialisés dans la lutte contre le cancer.

Selon le National Cancer Institute, un centre médical est qualifié de « *comprehensive cancer center* » lorsqu'il répond à plusieurs exigences : réalisation d'essais cliniques, étude de la prévention du cancer, participation du corps médical à des activités de recherche fondamentale, présence de services d'information sur le cancer et de services de soutien psychosocial.

Cette approche est également prônée par l'organisation européenne des instituts de lutte contre le cancer, qui forme un réseau de plus de 70 établissements situés dans 25 pays.

Elle conduit certains CHU, comme notamment l'AP-HP depuis avril 2014, à réorganiser progressivement en ce sens leurs activités en oncologie.

327. Les CLCC ont ainsi emporté 44 % des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) sur le cancer sur la période 2009-2013, représentent 11 des 16 centres de phase précoce labellisés en 2010 et portent - seuls ou en coopération avec un CHU - 7 des 8 sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC).

C - Une spécificité progressivement moins marquée sous l'effet des plans cancer

1 - Une pratique de la cancérologie désormais encadrée et harmonisée

Le premier plan cancer³²⁸ a instauré un dispositif d'autorisation en cancérologie afin d'assurer à tous les patients un niveau de sécurité et de qualité équivalent sur le territoire et de réduire une diversité des modes de prise en charge qui se traduisait par des différences de chances de survie importantes selon les établissements au titre d'une même pathologie cancéreuse.

Ainsi que les centres de lutte contre le cancer en avaient formalisé la pratique, ces exigences renforcées ont porté notamment sur les garanties présentées par l'équipe soignante en termes de compétences, de volume d'activité et d'équipement, de manière à mettre fin à des prises en charge insuffisamment spécialisées. Les autorisations ont été subordonnées non seulement à des seuils d'activité minimale, mais aussi à la mise en œuvre de traitements conformes à des référentiels de bonne pratique clinique tels que ceux auxquels les oncologues des centres de lutte contre le cancer avaient déjà l'habitude de se conformer, contrairement à la plupart des spécialistes d'organes intervenant dans la prise en charge des cancers dans les autres types d'établissements.

Cette mesure a été particulièrement restructurante, en élevant et en uniformisant les exigences de qualité pour tous les établissements autorisés. Elle a été appliquée de manière homogène à l'ensemble des établissements, y compris les CLCC.

La diminution du nombre d'établissements de santé prenant en charge le cancer

Depuis 2009 et conformément à deux décrets du 21 mars 2007 et à un arrêté du 29 mars 2007, les établissements de santé doivent disposer d'une autorisation spécifique, délivrée par l'agence régionale de santé (ARS) pour une durée de cinq ans, pour l'activité de traitement du cancer (chimiothérapie, chirurgie du cancer, radiothérapie).

328. Cour des comptes, *Rapport public thématique : La mise en œuvre du Plan cancer*, p. 104-105, juin 2008, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

L'autorisation repose sur trois critères : des conditions de qualité (par exemple, la tenue d'une réunion de concertation disciplinaire), des critères d'agrément (comme la présence permanente d'un radiothérapeute et d'un radiophysicien pendant la durée du traitement) et des seuils d'activité minimale pour certains traitements et types de cancer³²⁹.

Alors que 1 200 établissements intervenaient en 2009 dans la prise en charge du cancer, seuls 944 étaient autorisés fin 2013 (soit une réduction de 21,3 % du nombre d'établissements à l'issue de la première délivrance des autorisations). Selon le bilan du renouvellement des autorisations effectué par les ARS en 2014, 935 sites sont désormais autorisés, dont l'ensemble des CLCC.

En 2014, selon les données de la direction générale de l'offre de soins, tous les CLCC ont conservé leurs autorisations en matière de radiothérapie, de chimiothérapie et de chirurgie. En revanche, ils ne disposent pas dans tous les cas d'une autorisation en chirurgie pour chacune des localisations du cancer soumises à un seuil minimal d'activité. Alors que les 18 centres sont autorisés en chirurgie du cancer du sein et 17 d'entre eux en chirurgie gynécologique, neuf seulement disposaient d'une autorisation en chirurgie urologique et deux en chirurgie thoracique.

2 - La généralisation des bonnes pratiques des CLCC aux autres établissements de santé

Plusieurs mesures du premier plan cancer ont été très largement inspirées du modèle d'organisation des soins, fondé sur une prise en charge globale et pluridisciplinaire, porté par les CLCC.

Ont ainsi été diffusés à l'ensemble des établissements de santé dès le premier plan, les dispositifs de réunions de concertation pluridisciplinaire et de consultations d'annonce de la maladie dont les CLCC ont été à l'initiative. L'accompagnement psycho-social des patients et le développement des soins de support étaient mis en œuvre

329 .En matière de chirurgie des cancers, l'activité minimale par an et par établissement est de 30 interventions pour la chirurgie du sein, digestive, urologique et thoracique, 20 pour la gynécologie et l'oto-rhino-laryngologie (ORL). Pour la radiothérapie externe, le seuil d'activité minimal est d'au moins 600 patients traités chaque année et, pour la chimiothérapie, le seuil d'activité minimale est fixé à au moins 80 patients traités par an, dont au moins 50 en ambulatoire. Des aménagements sont prévus ; ainsi, si un établissement a une activité inférieure aux seuils en chimiothérapie, il pourra continuer à participer à l'offre de soins en réalisant des chimiothérapies en tant qu'« établissement associé ».

dans les CLCC antérieurement au deuxième plan qui en a fait l'une de ses principales orientations. Par ailleurs, la réduction des délais de diagnostic a fait l'objet d'expérimentations dans les CLCC bien avant qu'elle ne soit portée comme un objectif du troisième plan cancer.

Le type de prise en charge offert par les CLCC tend ainsi à se généraliser et ce d'autant plus que les autres établissements, en particulier les CHU, structurent désormais leur activité en cancérologie de manière davantage transversale, en particulier en développant des services ou des unités d'oncologie.

II - Une stratégie à redéfinir

La situation financière des centres de lutte contre le cancer doit favoriser une réflexion sur les évolutions possibles de ces établissements qui tiennent compte des nécessités de nouvelles réorganisations de l'offre de soins oncologiques, telles que portées en particulier par le troisième plan cancer.

A - Une situation financière déséquilibrée

1 - Des déficits désormais récurrents

Après une forte dégradation de leur situation financière entre 2004 et 2007, puis un retour à l'équilibre en 2008 et 2009, les CLCC, pris ensemble, ont systématiquement dégagé un déficit depuis 2010. Pour 2014, ce déficit global s'est élevé à près de 14 M€ (soit environ 0,9 % du montant total des produits) en réduction par rapport à 2013, mais encore sensiblement supérieur à celui des années antérieures.

Un nombre croissant de centres connaît une situation déficitaire : alors que 6 des 18 centres étaient en déficit en 2009, 9 l'étaient en 2011 et 11 l'ont été en 2014³³⁰. Seuls trois établissements³³¹ n'ont jamais présenté de déficit entre 2008 et 2014.

330. Le centre de Lyon a dégagé le déficit le plus important (-4,9 M€), suivi de ceux de Toulouse (-2,8 M€) et de Nancy (-2,4 M€).

331. Les centres de Dijon, de Montpellier et de Rennes.

Tableau n° 65 : évolution des résultats des CLCC

En M€

	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
Résultat agrégé des CLCC	-	-6	- 5	-10	-18	-14
Nombre de CLCC en déficit	6	8	9	9	10	11

*données provisoires.

Source : DGOS.

Depuis 2009, les produits des CLCC ont cependant connu une forte augmentation (+16 % en termes réels), plus élevée que celle constatée sur la même période par les autres établissements de santé publics (+12 %).

Les recettes provenant de l'assurance maladie (1,64 Md€ en 2014) résultent essentiellement de la valorisation de l'activité qui progresse en moyenne de 4 % chaque année.

Les CLCC sont plus sensibles que les autres établissements aux variations des financements versés en sus des séjours au titre des molécules onéreuses³³² (essentiellement constituées d'anticancéreux), qui représentent une source de revenus importante (13 % de leurs recettes d'activité en 2013). Les évolutions de la liste de ces molécules tendent à affecter les résultats des centres lorsque celles sur lesquelles ils réalisaient une marge sont désinscrites de la liste et intégrées aux tarifs des séjours.

Par ailleurs, les dotations versées par les ARS aux CLCC au titre des missions d'intérêt général ou de crédits d'aide à la contractualisation (MIGAC) ont diminué entre 2009 (329 M€) et 2013 (323 M€, y compris les crédits transférés au fonds d'intervention régional à partir de 2012). Cette baisse s'explique notamment par la fin de l'attribution aux CLCC de crédits de permanence des soins, au motif de l'absence de service d'urgences dans ces établissements.

332 . Depuis 2005, en complément de la tarification des séjours, des crédits spécifiques pour des molécules onéreuses dont l'utilisation n'est pas encore systématique dans les traitements sont versés aux établissements qui les prescrivent. Pour ces médicaments, le remboursement attribué aux établissements est égal au tarif de responsabilité fixé par le comité économique des produits de santé. En 2013, plus de la moitié des dépenses des médicaments de la « liste en sus » concernait des anticancéreux.

Les ressources issues de la générosité publique

Disposant de la possibilité de faire appel à la générosité publique³³³, les centres reçoivent des dons et legs d'un montant important (69,5 M€ en 2013). Plus des trois quarts a été collecté par les établissements franciliens (39 M€ pour l'Institut Curie³³⁴ et 14 M€ pour l'Institut Gustave Roussy).

Au cours de la période récente, les charges des CLCC ont crû néanmoins plus fortement que les produits (+17 % en termes réels depuis 2009 contre +16 %). Les dépenses générales et d'hôtellerie ont connu la progression la plus forte (+33 % entre 2009 et 2014).

En 2013, les charges de personnel (1,06 Md€, dont 247 M€ au titre du personnel médical, soit 1 734 ETP et 720 M€ au titre du personnel non médical, soit 14 146 ETP) représentaient plus de la moitié des charges, soit une part inférieure à celle des CHU (60 %). Le coût moyen direct (charges sociales comprises) annuel par ETP est plus élevé dans les CLCC que dans les CHU³³⁵. Cependant, une analyse plus large prenant en compte également le temps réellement travaillé tend à nuancer fortement ce constat, comme l'illustre le cas du CLCC et du CHU de Toulouse.

L'écart de coûts entre les personnels soignants du CLCC et du CHU de Toulouse

Au cours des opérations de rapprochement entre le CLCC et le CHU de Toulouse, une étude comparative a été réalisée entre les coûts des infirmiers et des aides-soignants des deux employeurs. Si les coûts salariaux bruts chargés sont plus élevés au CLCC à hauteur de 9 % pour un infirmier et de 4 % pour un aide-soignant, la comparaison en coûts complets (prenant en compte notamment le temps de travail, l'organisation du travail, le régime de congés maladie et le déroulement de carrière) relativise cet écart : le coût par heure pour les infirmiers est alors supérieur de 1 % au CHU et, pour les aides-soignants, de 2,7 %.

333. Article L. 6162-2 du code de la santé publique.

334. Cour des comptes, *Rapport sur un organisme bénéficiant de dons : L'Institut Curie*, février 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

335. Le personnel médical représente un coût annuel moyen chargé de 150 600 € par an dans les CLCC contre 111 000 € dans les CHU et le personnel non médical un coût de 52 700 € contre 44 123 € dans les CHU (Unicancer, rapport « *bilan et perspectives 2011-2013* » et ATIH, « *Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2012* », janvier 2014).

2 - Un redressement délicat

L'équilibre financier des CLCC est d'abord tributaire d'une meilleure maîtrise de leurs dépenses.

La prise de conscience de cet enjeu les a conduits à agir sur leurs achats. Les centres mettent en œuvre une politique de groupement pilotée par leur fédération Unicancer, qui a permis la réalisation d'économies (pour un montant estimé pour 2014 à 9 M€ sur un volume d'achat mutualisé de 400 M€). Tous les centres ont adhéré à ce dispositif pour les achats médicaux. En revanche, la mutualisation des approvisionnements demeure limitée en matière de charges générales et d'hôtellerie, 80 % des achats restant effectués de manière isolée par chaque centre, alors même que le dynamisme des charges en question contribue fortement aux situations déficitaires constatées.

Les dépenses de personnel, qui ont connu depuis 2009 une progression moyenne de +3,7 % par an, soit deux fois plus rapide que celle des établissements publics de santé (+1,88 % dans les CHU et +1,76 % dans les CH sur la même période), sous l'effet notamment de politiques de recrutement dynamiques, constituent un autre enjeu majeur de la maîtrise des charges. Certains centres ont engagé des actions visant à les rendre plus soutenables : ainsi, l'Institut Curie a engagé début 2015 un plan de sauvegarde de l'emploi³³⁶.

La fédération Unicancer envisage une révision sur certains points de la convention collective spécifique aux personnels médicaux et non médicaux des centres de lutte contre le cancer qu'elle pilote. L'évolution des structures de rémunération des personnels serait à inscrire dans une perspective de maîtrise des charges d'autant plus indispensable que les évolutions à venir de l'ONDAM hospitalier sont plus rigoureusement contraintes et que les évolutions tarifaires en cancérologie pourraient avoir une incidence significative sur la situation financière des centres.

336. L'Institut Curie a réalisé 4 M€ d'économies sur les dépenses de personnel en 2014 et a limité leur progression à 1 % depuis 2013, ce qui n'a pas suffi à ramener le résultat comptable à l'équilibre. Le plan de sauvegarde de l'emploi auquel il a été contraint de recourir prévoit la suppression de près de cent postes de travail.

Les évolutions tarifaires en cancérologie

Le ministère de la santé prévoit la mise en place d'un financement au forfait pour les actes réalisés dans le traitement des cancers du sein et de la prostate, afin de mieux prendre en compte le parcours du patient et l'évolution des techniques. Cette réforme concernera l'ensemble des acteurs publics et privés et devrait intervenir au cours de l'année 2016.

Par ailleurs, en complément des incitations financières déjà mises en œuvre en ce sens, le troisième plan cancer prévoit plusieurs actions destinées à assurer le développement de la chirurgie ambulatoire en cancérologie, notamment une évolution tarifaire favorable « pour les actes de chirurgie ambulatoire ayant démontré leur bénéfice pour les patients et leur faisabilité », l'objectif fixé à cet égard étant la réalisation de 50 % des actes chirurgicaux de sénologie en ambulatoire à l'horizon 2024.

En 2013, les CLCC réalisaient en moyenne 17,3 % de leurs séjours en ambulatoire. Entre 2011 et 2013, le nombre de séjours en ambulatoire y a progressé de 24 % ; 34 % de la chirurgie du cancer du sein y est déjà effectuée en ambulatoire, devant les CHU (21 %) comme les cliniques privées (24 %).

L'incidence consolidée de ces évolutions tarifaires, en cours de définition et dont le calibrage n'est pas encore arrêté, constituera un enjeu majeur pour les centres de lutte contre le cancer. En particulier, la révision des tarifs de radiothérapie pourrait fragiliser ceux qui sont très dépendants de ces recettes, même si elle devrait toucher plus fortement les établissements privés à but lucratif. Par ailleurs, l'accent mis sur la chirurgie ambulatoire est susceptible d'avoir un impact positif plus fort sur les CHU qui disposent d'une grande diversité de spécialités chirurgicales concourant à la prise en charge des cancers que sur les CLCC qui d'ores et déjà peuvent souffrir comme l'Institut Curie de l'étranglement de leur offre chirurgicale, notamment en urologie.

B - Des évolutions à inscrire dans le cadre global de la réorganisation de l'offre de soins

La situation financière des CLCC et la taille réduite d'un grand nombre d'entre eux révèlent une fragilité qui soulève la question du devenir de certains centres.

Sous l'impulsion de la fédération Unicancer, un mouvement de rapprochements entre CLCC s'amplifie. Cependant, dans plusieurs cas, les évolutions les plus pertinentes pourraient prendre la forme de fusions, non tant entre des CLCC, qu'entre des CLCC et des CHU.

1 - Des rapprochements entre centres qui s'amplifient dans une visée défensive

Sous l'impulsion de la fédération Unicancer, certains CLCC cherchent à mettre en commun certaines de leurs ressources, voire à instaurer des coopérations dans les domaines de la logistique et des fonctions support. Celles-ci peuvent prendre la forme de partage de fonctions ou de mutualisations complètes, plus faciles à mettre en œuvre lorsque plusieurs CLCC sont situés à proximité.

Des partenariats inter-régionaux ont pu être mis en place. Dans l'inter-région Grand-Est, les centres de Dijon, de Nancy, de Reims et de Strasbourg ont ainsi constitué en 2011 un groupement de coopération sanitaire pour assurer des échanges d'expériences, des mutualisations d'actions et un soutien inter-centres³³⁷.

La forme la plus aboutie des coopérations entre CLCC réside dans la fusion d'établissements, celle-ci pouvant revêtir plusieurs formes et produire des effets différents au regard des stratégies adoptées.

Des fusions inégalement réussies

En 2010, le centre René Huguenin à Saint-Cloud a fait l'objet d'une fusion-absorption par l'Institut Curie. Le processus de fusion a été préparé trop rapidement et a été conduit dans un contexte de changement d'équipes de direction qui a pénalisé le pilotage et la finalisation du projet stratégique. Une partie des difficultés financières rencontrées aujourd'hui par l'Institut Curie en découle³³⁸.

Une deuxième fusion a été opérée en janvier 2011 entre les centres d'Angers et Nantes. Précédée par une période de préparation de dix-huit mois, elle a conduit à la création de l'Institut de cancérologie de l'Ouest (ICO), qui assure la complémentarité des activités des sites d'Angers et de Nantes dans les domaines administratif, logistique, médical et de recherche. Ce rapprochement a fortement dynamisé les deux sites, l'un et

337. Dans le cadre de ce groupement, de premières coopérations, limitées, ont été réalisées : juriste partagé, organisation du concours des praticiens spécialistes sur un site commun, échanges scientifiques médicaux et soignants, soutiens en personnels.

338. Depuis la fusion en 2010 avec le Centre René Huguenin et dans un contexte d'augmentation initiale sensible des effectifs, l'ensemble hospitalier de l'Institut Curie connaît un résultat déficitaire de l'ordre de 1 % du total des produits sur la période. Ce déficit s'est aggravé en 2013 pour atteindre 2 % des produits (-5 M€), mais a été réduit en 2014 (-2,2 M€).

l'autre maintenus même si leur faible éloignement aurait pu poser la question d'un regroupement géographique, au moment en particulier où le CHU de Nantes est engagé dans une importante opération de relocalisation et de reconstruction qui amènera le CLCC à se réimplanter à son immédiate proximité. Dès 2012, l'ICO est devenu le premier CLCC de province en termes de nombre de patients atteints d'un cancer (9 897 en 2013). À égalité avec l'Institut Curie, il possède désormais le plus important parc d'équipements de radiothérapie. En outre, il présente le taux le plus élevé de chirurgie ambulatoire du sein parmi les CLCC et se classe au 4^{ème} rang en volume d'essais cliniques.

Dans le cadre de la nouvelle carte administrative des régions ou du périmètre des cancérôpôles³³⁹, la fusion de centres est considérée par la fédération Unicancer comme une piste à privilégier pour améliorer la performance des centres et assurer la pérennité de leurs activités. Le 20 juillet 2015, Unicancer a ainsi annoncé l'engagement d'un processus de regroupement juridique des 18 CLCC en 9 entités pour la fin 2016, tout en conservant les 20 sites actuels. À titre d'illustration, les centres de Caen, de Lille et de Rouen seraient fusionnés en une seule et même structure juridique autour d'un projet médico-scientifique commun.

Cependant, des fusions juridiques sans réduction du nombre de sites souvent situés à grande distance les uns des autres, limiteraient nécessairement les économies liées à la mutualisation de certaines activités ou fonctions qui peuvent être attendues de ces opérations. Cette option, privilégiée par Unicancer afin de conforter l'existence autonome des CLCC, conduit à ne pas suffisamment considérer d'autres options plus restructurantes qui pourraient permettre, le cas échéant, de dégager des gains d'efficience accrus.

339. Sept cancérôpôles régionaux ou interrégionaux mis en place par les ministères chargés de la santé et de la recherche visent à coordonner la recherche en cancérologie en décloisonnant secteurs et disciplines. Ils facilitent l'émergence de réseaux de recherche multidisciplinaires en rassemblant les communautés scientifique, clinique, industrielle des établissements de santé et des centres de recherche.

2 - Des options de réorganisation à ouvrir beaucoup plus largement

Bien que des coopérations existent déjà entre les CLCC et d'autres établissements publics et privés³⁴⁰, elles pourraient encore être élargies.

La coopération des CLCC avec des établissements situés à proximité est souvent d'ordre médical, notamment par la mise à disposition de personnel médical ou la réalisation de consultations avancées par les médecins des centres.

Le rôle de l'Institut Paoli-Calmettes à Marseille dans la couverture territoriale de l'offre de soins en oncologie

L'Institut Paoli-Calmettes a établi de longue date des collaborations avec une dizaine de centres hospitaliers de l'ouest de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et de Corse, dans une logique de réseau de prise en charge en cancérologie et de maintien d'une offre de qualité au plus près des patients. Ce CLCC réalise des consultations médicales concernant des disciplines qui n'existent pas dans les établissements partenaires, permettant ainsi l'orientation des patients ou leur prise en charge sur place.

En outre, il met des compétences médicales (oncologue, hématologue, chirurgien) à disposition de certains hôpitaux dont l'autorisation d'activité serait, à défaut, retirée, faute de praticien (par exemple à Ajaccio ou à Martignes). Il a par ailleurs repris l'autorisation de radiothérapie du centre hospitalier de Gap.

Ce type de démarche à l'initiative des CLCC ou sous l'impulsion des ARS vers des territoires et des établissements périphériques présente l'intérêt pour le patient de pouvoir effectuer son traitement à proximité de son domicile en bénéficiant de l'expertise et de la pluridisciplinarité du CLCC. Elle permet aussi de répondre à la difficulté de certains centres hospitaliers à attirer des médecins oncologues ou des radiothérapeutes.

340. Dans le cadre d'une enquête réalisée en 2012 par Unicancer, les CLCC déclaraient l'existence de 77 coopérations avec d'autres établissements de santé. L'essentiel des coopérations (32 %) concernaient le partage d'équipements lourds avec les CHU ou le secteur privé lucratif. Près de 20 % des coopérations portaient sur les activités de soins (activités d'anesthésie, partage de bloc opératoire...) et les autres coopérations couvraient des domaines plus variés, tels que la logistique hôtelière, la recherche, l'enseignement, les réunions de concertation pluridisciplinaire ou les consultations. Une étude complémentaire effectuée en 2015 par Unicancer complète ces données en recensant 169 collaborations médicales avec des centres hospitaliers généraux ou des établissements privés et près d'une centaine avec des CHU.

Plus substantiellement, le partenariat des CLCC avec des établissements publics ou privés à l'activité complémentaire peut leur permettre de compenser leur spécialisation dans le cancer du sein. Les centres peuvent ainsi augmenter leur activité en prenant en charge des patients adressés par les établissements partenaires pour un diagnostic d'imagerie, un traitement de radiothérapie ou une consultation auprès d'un spécialiste. En contrepartie, ils orientent leurs patients vers des établissements partenaires afin de les faire bénéficier de prises en charge pour lesquelles ils ne détiennent pas d'autorisation.

Les complémentarités en cours de développement par l'Institut Curie

Très fortement spécialisé en sénologie, l'Institut Curie a examiné plusieurs projets de partenariats avec d'autres établissements publics ou privés non lucratifs, qui n'ont pas abouti. Il porte désormais, avec l'AP-HP, un accord-cadre axé sur des coopérations par territoire en commençant par la filière digestive avec l'Hôpital Ambroise Paré à Boulogne. Un accord de coopération a par ailleurs été conclu avec l'Institut mutualiste Montsouris. Un autre projet est à l'étude avec un autre établissement de santé privé d'intérêt collectif, l'hôpital Foch, situé à proximité de son site de Saint-Cloud, portant sur les activités de neuro-oncologie, d'oncologie thoracique et d'urologie.

C'est cependant avec les CHU que les complémentarités apparaissent les plus logiques et paradoxalement souvent les moins dynamiques, en raison de relations institutionnelles historiquement souvent difficiles, du fait notamment des différences de démarche dans les traitements des cancers et de concurrence en matière de postes universitaires, qui ont pour effet de freiner le développement de coopérations³⁴¹.

La quasi-totalité des CLCC (14 sur 18) est pourtant située sur le même site ou à proximité immédiate d'un CHU ayant une activité oncologique³⁴². Cependant, ces établissements entretiennent des relations

341. L'article 15 de la loi du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités, issu d'un amendement législatif, qui prévoit la conclusion d'une convention constitutive de centre hospitalier et universitaire entre l'unité de formation et de recherche de médecine, le centre hospitalier régional et le CLCC est inégalement appliqué ; seuls l'Institut Gustave Roussy, les CLCC de Rennes et de Toulouse et l'Institut de cancérologie de Lorraine ont pu à ce jour signer une telle convention.

342. Seuls l'Institut Gustave Roussy, l'Institut Curie et le CLCC de Montpellier ne sont pas situés à proximité immédiate d'un CHU. Pour sa part, l'Institut Paoli-Calmettes est proche de l'un des sites de l'Assistance publique- Hôpitaux de Marseille, mais ce dernier n'a pas d'activité en cancérologie.

extrêmement variables, allant d'une coopération limitée à la mise en commun d'équipements ou à la réalisation de projets médicaux.

L'exemple de la Lorraine est emblématique d'un partenariat ancien puisque le CLCC et le CHU de Nancy sont liés par une quarantaine de conventions portant sur les équipements lourds, la logistique ou la mise à disposition de personnel. En Haute-Normandie, le CLCC et le CHU de Rouen ont organisé leurs activités respectives pour éviter les redondances, même si certaines persistent encore en chirurgie. À l'inverse, en Champagne-Ardenne, le CLCC et le CHU de Reims ne sont pas parvenus à construire un pôle régional de cancérologie, en contradiction avec les orientations nationales, alors que l'élaboration d'un projet de coopération renforcée pourrait permettre de faire face aux contraintes de taille qu'ils rencontrent l'un comme l'autre.

Dans d'autres régions, des activités du CHU et du CLCC ont été regroupées sur un même site pour créer une filière de prise en charge commune dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens qui permet de conserver l'autonomie et l'identité des partenaires. C'est par exemple le cas de l'Institut d'hématologie et d'oncologie pédiatrique qui réunit les équipes du CLCC et des Hospices civils de Lyon ou de l'Institut universitaire de la face et du cou créé par le CHU et le CLCC de Nice.

La création de l'Institut universitaire du cancer de Toulouse

Dans une forme plus aboutie, l'Institut universitaire du cancer de Toulouse, mis en fonctionnement en 2014 sur l'ancien site d'AZF, accueille un hôpital regroupant une partie des activités de cancérologie du CHU de Toulouse et la totalité des activités du CLCC, l'Institut Claudius Regaud (ICR), ainsi que le Centre de recherche en cancérologie de Toulouse. Il repose sur un GCS de droit public assurant la gestion du patrimoine et sur un GCS de moyens de droit privé dans le cadre duquel sont organisées les activités de soins et de recherche partagées entre le CHU et le CLCC, qui bénéficient de la mise à disposition de personnels par ces derniers. Si ce groupement constitue une expérience originale, des ajustements sont cependant encore nécessaires afin de stabiliser l'organisation et affiner le modèle économique. Son évolution vers un établissement unique, intégrant complètement les activités apportées par chacun des établissements, devrait constituer un objectif de moyen terme.

L'engagement des CLCC et des CHU dans des coopérations plus intégrées apparaît aujourd'hui à renforcer très sensiblement, qu'il s'agisse de répartition d'activités pour éviter des formes de concurrence dommageable, tant en termes de patientèles que de recrutements médicaux, de partage d'équipements lourds pour une meilleure

productivité de ces derniers, ou de mutualisation dans des domaines logistiques ou techniques.

Au-delà, la question ne saurait être éludée d'un rapprochement organique entre certains CHU et CLCC, notamment, mais non exclusivement quand l'isolement géographique des CLCC rend en réalité difficilement envisageable leur rapprochement avec d'autres centres.

En ce sens, les opérations majeures de reconstruction qui seront conduites au cours des prochaines années sur le site de certains CHU³⁴³ offrent des opportunités qui ne doivent pas être manquées pour porter des projets communs d'intégration complète des activités chaque fois que cela apparaîtra possible, sans se limiter aux seuls domaines logistiques et techniques, mais en considérant les activités de soins et de recherche.

La reconfiguration de l'offre de soins oncologiques que porte le troisième plan cancer qui prévoit sa gradation en plusieurs niveaux d'établissements, la révision des conditions d'autorisation dans un sens plus rigoureux qui devrait l'accompagner, les évolutions de la grille tarifaire dans un contexte de contrainte accrue sur l'ONDAM, les tensions qui pèsent également sur les CHU et les CLCC sur le recrutement de certains spécialistes médicaux et l'harmonisation des pratiques portée par les plans cancer successifs doivent inciter les pouvoirs publics à organiser ces rapprochements indispensables au regard de l'intérêt des patients comme de l'efficacité du système de soins.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Établissements spécifiquement consacrés à la lutte contre le cancer, riches d'une grande histoire, les CLCC conservent un positionnement singulier dans l'offre de soins oncologiques, marqué par une forte spécialisation en sénologie et par une activité prédominante en radiothérapie qui les conduit à assurer un cinquième de l'activité nationale en cancérologie.

Le modèle de prise en charge global et pluridisciplinaire des CLCC qui fonde leur originalité s'est cependant progressivement généralisé, sous l'effet notamment des plans cancer successifs. Malgré une progression régulière de leur activité et de leurs recettes, la situation financière des CLCC s'est dégradée depuis 2009 ; en 2014, ils ont dégagé un déficit de 14 M€ au total. La progression des charges, en particulier hôtelières et générales, apparaît insuffisamment maîtrisée, même si une réduction du

343. Caen, Reims, Strasbourg et Nancy s'agissant des CHU situés à proximité de CLCC.

déficit a été constatée en 2014. Les évolutions tarifaires à venir sont susceptibles d'accentuer leur fragilisation financière.

Pour assurer leur pérennité et celle du modèle de prise en charge dont ils sont porteurs, les CLCC doivent désormais faire évoluer leur stratégie pour mieux s'intégrer dans l'offre de soins en cancérologie, au-delà d'une approche en grande partie défensive qui les conduit à privilégier aujourd'hui un mouvement accéléré de fusions entre les 18 centres actuels. Outre l'approfondissement ou le développement de coopérations avec d'autres établissements, axées sur la complémentarité ou la mutualisation des soins, des équipements ou des fonctions logistiques, un enjeu central réside dans le degré de partenariat à organiser entre les CLCC et les CHU, qui sont situés sauf exception sur un même site.

À cet égard, la question de la fusion entre certains centres et certains CHU serait à considérer avec d'autant plus d'attention que des projets immobiliers de grande ampleur sur certains sites constituent des opportunités qui ne doivent pas être manquées. Ils imposent d'anticiper dès maintenant d'éventuelles intégrations de l'ensemble des activités de soins et de recherche dans le cadre de rapprochements organiques.

Il importe à cet égard que les pouvoirs publics, tant au niveau national que régional, prennent pleinement en compte ces enjeux et organisent activement une recomposition désormais indispensable du réseau des centres de lutte contre le cancer dans une perspective large de reconfiguration de l'offre de soins en cancérologie, sans qu'un mouvement précipité de fusions internes ne limite les options possibles.

La Cour formule les recommandations suivantes :

31. maîtriser rigoureusement les charges de fonctionnement des CLCC pour rétablir leur équilibre financier et leur capacité à investir, en particulier dans les centres les plus fragiles ;

32. examiner les possibilités de fusion entre CLCC, et de coopération renforcée avec les CHU n'excluant pas la fusion avec ces derniers, notamment ceux faisant l'objet d'opérations de restructuration immobilière.

B – La maîtrise de dépenses à fort dynamisme

Chapitre IX

**Les dépenses de soins infirmiers et de
masso-kinésithérapie en exercice
libéral : une progression non maîtrisée,
des mesures de régulation à prendre
sans délai**

PRÉSENTATION

Sur les dix-sept professions d'auxiliaires médicaux reconnues par le code de la santé publique, cinq dispensent des actes de soins remboursés par l'assurance maladie, sur la base de tarifs opposables, quand elles exercent en libéral : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes et pédicures-podologues³⁴⁴. Pour être pris en charge, les soins réalisés doivent, sauf exception, avoir été prescrits par un médecin.

Les dépenses d'assurance maladie au titre des actes de ces cinq professions se sont élevées à 10,7 Md€ au total en 2014. La Cour a analysé plus particulièrement la dynamique très vive (+5,7 % par an en euros constants depuis 2000) des dépenses liées à l'activité des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes (10 Md€ au total en 2014³⁴⁵), professions qui regroupent également les effectifs les plus importants (103 393 infirmiers libéraux et 64 032 masseurs-kinésithérapeutes libéraux au 1er janvier 2014).

Le vieillissement de la population engendre indéniablement des besoins accrus de prise en charge de pathologies chroniques et de la dépendance, dans le cadre notamment d'un renforcement constant des actions de maintien à domicile, où ces professions jouent un rôle majeur et apprécié. Mais il importe impérativement de concilier ces évolutions avec une maîtrise des dépenses indispensable dans le contexte de déficits récurrents de l'assurance maladie, tout en assurant une prise en charge de qualité sur l'ensemble du territoire.

La Cour a constaté que les dépenses continuaient à croître à un rythme très soutenu sur la période récente sans que l'ensemble des déterminants de cette évolution aient pour autant été analysés par l'assurance maladie et par le ministère chargé de la santé (I). Il apparaît cependant clairement que cette croissance a été entretenue par une forte dynamique de la démographie des auxiliaires libéraux et soutenue par leur répartition déséquilibrée sur le territoire (II). La tendance à l'emballement des dépenses en l'absence de toute action de régulation exige de mettre en œuvre sans délai des mesures de maîtrise déterminées, en termes à la fois de gestion des risques, de réorientation de l'offre et de redéfinition des modalités de rémunération des professions concernées (III).

344. Les douze autres professions sont les suivantes : diététiciens, ergothérapeutes, psychomotriciens, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, orthoprothésistes, podoprothésistes, ocularistes, épithésistes et orthopédistes-orthésistes.

345. Pour 2014, les remboursements des actes des orthophonistes se sont élevés à 652 M€, ceux des orthoptistes à 66 M€ et ceux des pédicures-podologues à 19 M€.

I - Des dépenses en forte augmentation, dont les déterminants sont insuffisamment analysés

A - Des dépenses qui s'accélèrent

La consommation de soins et de biens médicaux correspondant aux actes des auxiliaires médicaux en exercice libéral est passée d'un cinquième de la consommation en soins de ville en 2000 à un quart en 2013, où elle a atteint 13,1 Md€³⁴⁶. Elle a été beaucoup plus importante que celle des médecins, avec une croissance de 50 % de 2006 à 2013 quand celle liée aux médecins augmentait sur la même période de 17,1 %.

Les actes des auxiliaires médicaux

Les auxiliaires médicaux sont habilités à accomplir des actes limitativement définis par leur décret de compétence. Pour bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie, ces actes doivent être inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), sur décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Un acte est défini par une lettre-clé déterminant une valeur unitaire et affecté d'un coefficient permettant de déterminer son tarif.

Les actes infirmiers relèvent principalement de deux lettres-clés : AMI (actes médico-infirmiers, valeur unitaire de 3,15 €), qui sont des actes techniques relatifs notamment aux traitements des plaies, aux injections et aux prélèvements ; AIS (actes infirmiers de soins, valeur unitaire de 2,65 €), actes d'aide aux personnes dépendantes (hygiène, prévention). Deux autres types d'actes ont été ajoutés en 2011 : la majoration pour acte unique (MAU, valeur unitaire de 1,35 €) qui valorise la réalisation d'un acte unique coté en AMI 1 ou 1,5 ; la majoration de coordination infirmière (MCI, valeur unitaire de 5 €), qui peut s'appliquer à certains soins complexes (pansement complexe, soins palliatifs).

Les actes des masseurs-kinésithérapeutes relèvent de trois lettres-clés : AMS (actes de rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques), AMK (autres actes de rééducation réalisés en ambulatoire) et AMC (autres actes de rééducation pratiqués dans une structure de soins ou un établissement). Les trois lettres-clés ont une valeur unitaire identique (2,15 €).

346. *Comptes nationaux de la santé 2013*, DREES, collection études et statistiques, édition 2014. La consommation de soins et biens médicaux, retracée dans les comptes annuels de la santé, porte sur la totalité de la dépense : assurance maladie obligatoire de base, assurance complémentaire santé et sommes restant à la charge des assurés.

S'y ajoutent des indemnités forfaitaires de déplacement (IF, valeur unitaire de 2,50 €) et des indemnités kilométriques (IK, dont la valeur au kilomètre parcouru est variable selon les professions) pour les soins à domicile, ainsi que des majorations de nuit et de dimanche.

Le taux de remboursement par l'assurance maladie sur la base du tarif opposable est de 60 %, sans préjudice des cas de prise en charge à 100 %, notamment pour les patients en affections de longue durée (ALD).

1 - Une dynamique très forte des dépenses de l'assurance maladie

Depuis 2000, les remboursements d'actes d'auxiliaires médicaux par l'assurance maladie ont été multipliés par 2,4 en euros courants, passant de 4,4 Md€ à 10,7 Md€ en 2014, soit une augmentation annuelle moyenne de 6,5 % en euros courants et de 5,7 % en euros constants.

Tableau n° 66 : remboursement des actes des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral par l'assurance maladie (2000-2014)

En M€

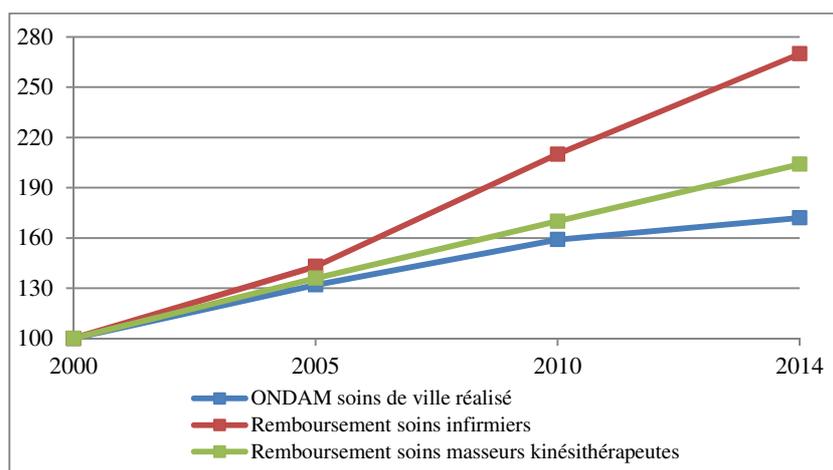
	2000	2005	2010	2013	2014	TCAM* 2000-2014 euros courants	TCAM* 2000-2014 euros constants
Infirmiers	2 365	3 383	4 976	6 066	6 376	7,3 %	6,6 %
Masseurs-kinésithérapeutes	1 780	2 432	3 033	3 485	3 643	5,2 %	4,3 %
Sous-total	4 145	5 815	8 009	9 551	10 019	6,5 %	5,7 %
Ensemble des cinq professions	4 448	6 252	8 589	10 253	10 756	6,5 %	5,7 %

*TCAM = taux de croissance annuel moyen.

Source : CNAMTS ; SNIR-Tous régimes-France entière ; la dépense tous régimes est estimée par application du taux de remboursement global constaté par le régime général aux autres régimes.

La hausse des remboursements des actes d'auxiliaires médicaux est de fait très supérieure à celle de l'ONDAM « soins de ville », l'écart s'accroissant constamment depuis 2005 et plus encore depuis 2010.

Graphique n° 24 : évolution comparée des remboursements des actes des auxiliaires médicaux et de l'ONDAM « soins de ville » (2000-2014)



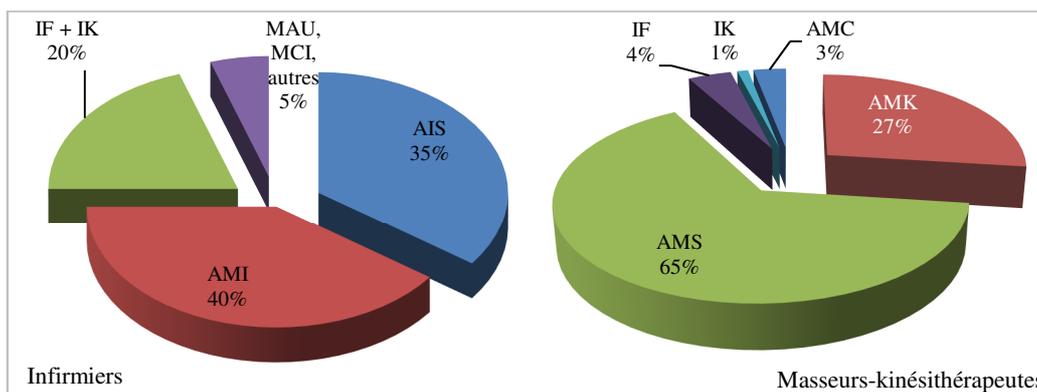
Base 100 en 2000.

Source : données CNAMTS pour les remboursements, Écosanté pour l'ONDAM.

Les remboursements d'actes infirmiers et de masso-kinésithérapie représentent 93 % du total des dépenses d'assurance maladie au titre des auxiliaires médicaux.

Les seuls soins infirmiers en représentent 59 % et constituent, avec 6,4 Md€ en 2014, le premier poste de dépenses. Ces remboursements ont été multipliés par 2,7 depuis 2000, selon un taux de progression annuel moyen de 6,6 % en euros constants. Les actes médico-infirmiers (AMI) représentent 40 % des honoraires et les actes infirmiers de soins (AIS) 35 %, ces derniers augmentant plus vite sur la période récente. Le solde est essentiellement constitué des frais de déplacement (indemnités forfaitaires de déplacement et indemnités kilométriques).

Graphiques n°s 25 et 26 : structure des honoraires des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral



Source : Cour des comptes, d'après les données du SNIIRAM, tous régimes, 2014.

Avec 3,6 Md€ en 2014, les remboursements de soins de masso-kinésithérapie constituent le deuxième poste de dépenses. Ils ont doublé depuis 2000, avec un taux de progression annuel moyen de 4,3 % en euros constants. Les actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques en représentent 65 % et connaissent l'augmentation la plus forte sur les cinq dernières années. Les affections neurologiques et musculaires (maladie de Parkinson, séquelles d'AVC, sclérose en plaques...) viennent en seconde position, avec environ 14 % des actes. Les indemnités de déplacement représentent une part limitée des dépenses de l'assurance maladie au titre des masseurs-kinésithérapeutes (20 % d'entre eux n'effectuent aucun déplacement).

Les dépassements d'honoraires en masso-kinésithérapie

Les dépassements d'honoraires des masseurs-kinésithérapeutes atteignent un montant de 77 M€ en 2014 (2,1 M€ pour les infirmiers), en progression de 84 % depuis 2005. Si ces dépassements ne représentent qu'environ 1,6 % des honoraires totaux, ils sont très concentrés géographiquement : neuf départements ont un taux de dépassement supérieur à la moyenne, dont sept franciliens. À Paris et dans les Hauts-de-Seine, plus de 80 % des professionnels pratiquent des dépassements, le taux de dépassement atteignant respectivement 30 % et 20 % par rapport aux tarifs de l'assurance maladie.

Aux termes de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, les dépassements d'honoraires, qui doivent être fixés « avec tact et mesure », ne peuvent correspondre qu'à des circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade (cotation DE). Or, l'explication la plus fréquemment avancée aux dépassements, y compris par la profession, est celle d'une compensation

de la cherté des loyers en région parisienne, soit un motif non prévu par les textes conventionnels. Les dépassements d'honoraires devraient être contrôlés et sanctionnés plus rigoureusement par l'assurance maladie.

2 - L'augmentation du nombre d'actes : la cause première de la progression des dépenses

La forte augmentation des dépenses remboursées par l'assurance maladie résulte d'abord d'un accroissement continu du nombre des actes et donc des prescriptions de soins d'auxiliaires médicaux par les médecins. Ceci a pour conséquence que toute action de régulation de l'activité des auxiliaires médicaux doit, pour être pertinente et efficace, impliquer fortement les médecins.

Des actes effectués principalement sur prescription médicale

Le recours à un auxiliaire médical pour des prestations de soins ouvrant droit à remboursement par l'assurance maladie obligatoire relève de la décision d'un médecin, d'où l'expression de « profession prescrite ».

Les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent généralement des actes en série, sur la base d'une prescription médicale mentionnant la nature du soin mais pas obligatoirement le nombre de séances : la NGAP dispose que « le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute ». Lorsque la prescription ne contient pas d'indications quantitatives, il revient au masseur-kinésithérapeute de déterminer le nombre de séances nécessaires.

La loi accorde par exception aux auxiliaires médicaux un droit limité de prescription directe. Les infirmiers peuvent ainsi renouveler les prescriptions datant de moins d'un an de médicaments contraceptifs oraux et, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale initiale, prescrire certains dispositifs médicaux. Les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire les dispositifs médicaux nécessaires à leur exercice (aides à la déambulation, ceintures de soutien, attelles souples...).

L'effet volume lié à l'augmentation du nombre d'actes constitue le principal facteur d'augmentation de la dépense de soins infirmiers remboursée par l'assurance maladie. Selon les comptes nationaux de la santé, la consommation de soins infirmiers a, entre 2006 et 2013, augmenté en valeur de 65 %, dont 47 % dus à l'augmentation du nombre d'actes³⁴⁷. Cette croissance s'est fortement accélérée sur la période récente, notamment avec la création des nouvelles lettres-clés relatives à la majoration pour acte unique (MAU) et à la majoration de coordination

347. La décomposition entre effet volume et effet prix n'est pas effectuée pour les années antérieures et ne peut donc être retracée depuis 2000.

infirmière (MCI) : le nombre d'actes recensés par l'assurance maladie est passé de 424 millions en 2005³⁴⁸ à 551 millions en 2011, soit une progression annuelle de 4,5 %, puis à 789 millions en 2014, soit une progression annuelle de 13 % depuis 2011. Hors lettres-clés MAU et MCI, qui correspondent à des majorations sans acte de soin supplémentaire, le nombre d'actes s'établit, en 2014, à 646 millions, soit un rythme annuel moyen de progression de 4,8 %.

Pour la masso-kinésithérapie, la consommation de soins a augmenté en valeur de 35 % entre 2006 et 2013, dont 27 % liés à l'évolution du nombre d'actes. Le nombre d'actes cotés en AMS, AMK et AMC s'établissait à 187,4 millions en 2005 et à 264,3 millions en 2014, soit un taux annuel moyen de progression de 3,9 %. Ce rythme s'est accéléré sur la période récente, puisqu'il atteint 4,6 % en moyenne annuelle entre 2010 et 2014.

3 - Un effet prix à l'impact significatif au cours de la période récente

Au cours des dix dernières années, la rémunération des professionnels de santé a fait l'objet de négociations conventionnelles nombreuses, séquencées par profession, entre l'assurance maladie et les organisations représentatives des professionnels libéraux³⁴⁹. Les conventions passées avec les infirmiers et avec les masseurs-kinésithérapeutes ont été renouvelées en 2007 et ont chacune fait l'objet de quatre avenants depuis cette date.

Après une première revalorisation en 2002, les infirmiers ont bénéficié de mesures financières significatives en trois vagues : 2007 (augmentation de la valeur des lettres-clés acte médico-infirmier - AMI - et acte de soins infirmier - AIS -, de la majoration du dimanche et des jours fériés et de l'indemnité forfaitaire de déplacement - IFD) ; 2009 (nouvelle augmentation des lettres-clés, de la majoration du dimanche et des jours fériés et augmentation des différentes indemnités de déplacement) ; 2012 (création des lettres-clés MAU et MCI, nouvelle augmentation de l'IFD). L'effet prix et l'effet volume ont joué de manière relativement partagée en 2008 et en 2009 dans l'augmentation des remboursements des soins infirmiers.

348 . La base de données de la CNAMTS ne recense pas le nombre d'actes antérieurement à cette date.

349 . Pour une analyse détaillée, voir *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'efficacité de la dépense, p. 231-256, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

La valeur des lettres-clés des masseurs-kinésithérapeutes avait été abaissée en 2000, puis a retrouvé en 2002 son niveau antérieur. La profession a bénéficié sur la période récente de deux vagues de revalorisation : en 2007, par la révision du coefficient d'actes majeurs, relatifs aux rééducations des conséquences d'affections orthopédiques et rhumatologiques³⁵⁰ ; en 2012, par l'augmentation de la valeur des lettres-clés AMK, AMC et AMS, ainsi que de l'IFD. L'effet prix a été plus marqué que l'effet volume dans la consommation de soins de masso-kinésithérapie en 2012 et en 2013.

Les revenus des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral

Les revenus des auxiliaires médicaux peuvent être appréhendés de deux manières : la CNAMTS calcule, à partir des honoraires totaux présentés au remboursement par profession, un revenu net moyen en appliquant à ces honoraires un taux de charges communiqué par l'administration fiscale ; la Cour a par ailleurs sollicité l'administration fiscale pour obtenir des données sur les résultats fiscaux moyens des professionnels imposés sous le régime des bénéfices non commerciaux (BNC) et la ventilation par 1/10^{ème} de population (décile) de ces résultats³⁵¹.

En 2013, le revenu moyen estimé par la CNAMTS des infirmiers ressort à 52 022 €, celui des masseurs-kinésithérapeutes à 42 428 €.

350. La méthode retenue dans les comptes nationaux de la santé établis par la DREES minore l'effet prix, dans la mesure où les incidences de la hausse du nombre de coefficients afférents à une lettre clé de nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) sont prises en compte dans les effets volume et non dans les effets prix, alors que la hausse du nombre de coefficients aboutit à une augmentation du prix des actes concernés indépendamment de l'évolution de leur nombre.

351. Données DGFIP. Les résultats fiscaux correspondent à la différence entre les bénéfices et les déficits fiscaux, déterminés après déduction des charges.

Tableau n° 67 : évolution des revenus annuels moyens

En euros constants

	2000	2007	2013	TCAM (2013/2000)	TCAM (2013/2007)
Infirmiers	30 517	44 142	52 022	+2,9 %	+1,3 %
Masseurs-kinésithérapeutes	31 123	41 243	42 428	+0,9 %	-1,3 %

Source : CNAMTS.

Entre 2000 et 2013, le revenu net moyen des infirmiers, calculé par la CNAMTS, a progressé de 46 % en euros constants, soit une augmentation de 2,9 % en moyenne annuelle, qui se ralentit sur la période 2007-2013. Celui des masseurs-kinésithérapeutes a augmenté de 12 % en euros constants, soit une progression de 0,9 % en moyenne annuelle, qui recouvre cependant une baisse sur la période 2007-2013.

L'amplitude qui peut être observée dans la distribution des revenus relativise fortement cet indicateur. En 2012, les résultats fiscaux varient ainsi pour les infirmiers de -85 029 €³⁵² à 451 020 € et de -70 059 € à 496 566 € pour les masseurs-kinésithérapeutes (soit plus de dix fois le revenu moyen). Les revenus moyens calculés à partir des données fiscales sont inférieurs à ceux calculés par la CNAMTS avec 42 150 € pour les infirmiers et 40 014 € pour les masseurs-kinésithérapeutes : la différence s'explique notamment par la prise en compte des déficits fiscaux dans le premier décile. Le centile des infirmiers déclarant les plus hauts revenus fiscaux dépasse 128 666 € de revenus, seuil qui a doublé depuis 2000. Une évolution identique est observée pour les masseurs-kinésithérapeutes.

352. Les sommes négatives correspondent à un déficit fiscal.

Tableau n° 68 : répartition par décile des résultats fiscaux (BNC) des infirmiers exerçant à titre libéral (2012)

Tranche de résultats fiscaux	Montant des résultats fiscaux (en M€)	Revenu moyen par professionnel (en €)
De -85 029 € à 12 685 €	27,9	3 859,45
De 12 686 € à 22 630 €	131,6	18 209,49
De 22 631 € à 28 951 €	187,5	25 947,97
De 28 952 € à 34 197 €	228,7	31 640,84
De 34 198 € à 39 058 €	264,6	36 617,77
De 39 059 € à 44 325 €	301,0	41 649,37
De 44 326 € à 50 531 €	342,0	47 322,54
De 50 532 € à 58 705 €	393,0	54 371,89
De 58 706 € à 72 931 €	469,7	65 001,38
De 72 932 € à 451 020 €	699,9	96 845,16
Moyenne		42 149,69

Source : Cour des comptes, d'après des données de la DGFIP.

Tableau n° 69 : répartition par décile des résultats fiscaux (BNC) des masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral (2012)

Tranche de résultats fiscaux	Montant des résultats fiscaux (en M€)	Revenu moyen par professionnel (en €)
De -70 590 € à 12 443 €	24,7	4 617,69
De 12 444 € à 20 556 €	89,7	16 766,36
De 20 557 € à 26 348 €	126,1	23 583,32
De 26 349 € à 31 513 €	154,9	28 958,68
De 31 514 € à 36 500 €	181,6	33 956,62
De 36 501 € à 41 946 €	209,5	39 166,20
De 41 947 € à 48 446 €	241,0	45 055,15
De 48 447 € à 57 002 €	280,3	52 412,12
De 57 003 € à 71 326 €	339,5	63 469,81
De 71 327 € à 496 566 €	492,8	92 146,60
Moyenne		40 014,21

Source : Cour des comptes, d'après des données de la DGFIP.

Par comparaison, la rémunération moyenne en établissement public de santé s'élevait en 2013 à 30 395 € pour les infirmiers et à 29 224 € pour les masseurs-kinésithérapeutes.

B - Des lacunes préjudiciables dans l'analyse des déterminants de la dépense

Pour expliquer la dynamique d'augmentation des dépenses liées aux auxiliaires médicaux en exercice libéral, les administrations comme les organisations représentatives des professions concernées mettent en avant le vieillissement de la population et la plus grande occurrence des maladies chroniques et des situations de dépendance qui en découlent. En outre, elles invoquent fréquemment un « virage ambulatoire »³⁵³, qui serait l'un des motifs de l'accélération constatée dans la période récente.

Si à l'évidence ces différents facteurs jouent un rôle, aucune analyse approfondie n'a été réalisée ni par le ministère de la santé, ni par l'assurance maladie pour objectiver les différents déterminants des dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie. La réalité et l'ampleur des transferts de prise en charge de l'hôpital vers la ville et de leurs conséquences sur l'activité des infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas davantage documentées de manière rigoureuse et fine.

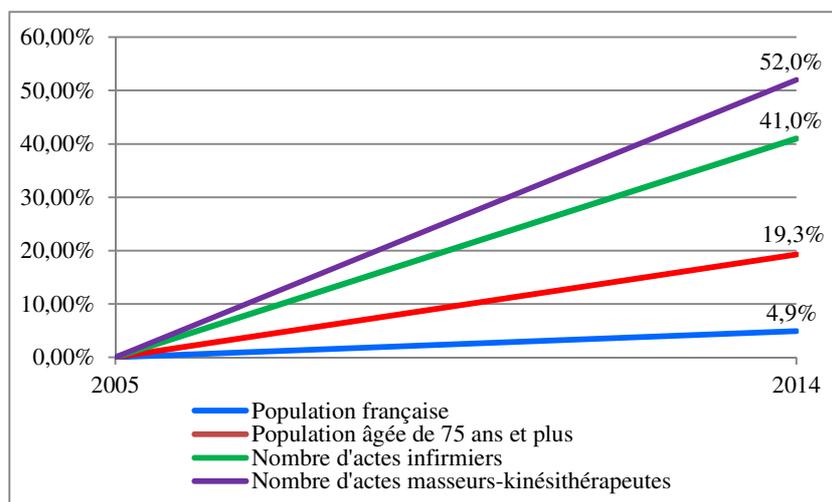
Les quelques éclairages disponibles³⁵⁴ attestent cependant de la nécessité de disposer d'une connaissance beaucoup plus précise et complète des évolutions en cours et de leurs causes pour pouvoir comprendre et anticiper les dynamiques à l'œuvre et optimiser les prises en charge.

L'augmentation de la population française, y compris de sa composante la plus âgée, n'explique en tout état de cause que très partiellement celle de l'activité des auxiliaires médicaux.

353. Cette notion vise les procédures tendant à privilégier les prises en charge en soins de ville, moins coûteuses que les séjours hospitaliers et à faciliter ainsi la baisse de la durée moyenne des hospitalisations.

354. Ainsi le rapport sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de l'année 2014 établi par la CNAMTS en 2013 fournit une première approche des déterminants des soins infirmiers.

Graphique n° 27 : évolution comparée du nombre d'actes des auxiliaires médicaux et de la population (2005-2014)



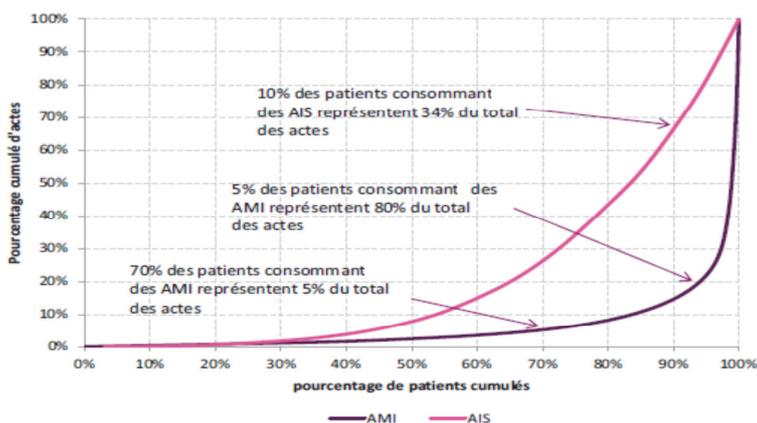
Le dénombrement des actes infirmiers ne tient pas compte des cotations MAU et MCI créées en 2012.

Source : Cour des comptes d'après des données INSEE et CNAMTS.

Le recours aux soins s'intensifie certes avec l'âge. C'est notamment vrai pour les soins infirmiers : si un quart de la population a recours chaque année à un soin infirmier, l'essentiel des soins est très concentré sur une petite partie de la patientèle, dont les besoins sont quotidiens, en suite d'hospitalisation ou de façon chronique et qui génèrent la majeure partie des dépenses. Les très gros consommateurs d'AMI (80 % des actes sont effectués sur 5 % des patients) sont principalement des patients chroniques, notamment diabétiques. Ceux d'AMS sont généralement des patients lourdement atteints par des pathologies liées à l'âge³⁵⁶.

³⁵⁶. CNAMTS, *Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2014*, p. 114-122, juillet 2013.

Graphique n° 28 : concentration de la consommation d'actes infirmiers en fonction de la patientèle



Source : CNAMTS (échantillon généraliste de bénéficiaires – EGB - 2011), rapport sur l'évolution des charges et produits au titre de l'année 2014 (juillet 2013). Champ : régime général hors section locale mutualiste (SLM).

Ces explications sont beaucoup moins probantes pour les masseurs-kinésithérapeutes, dont la patientèle présente des caractéristiques différentes : si les personnes âgées de plus de 70 ans constituent un quart de celle-ci, ils interviennent en majorité sur les personnes d'âge moyen encore actives. Un rapport établi en 2009 pour le compte de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)³⁵⁷ indiquait que la très forte augmentation de l'activité de masso-kinésithérapie avait été portée par le développement d'une prescription par les médecins généralistes, plus particulièrement depuis le tournant des années 2000, qui représente les 3/4 de la prescription de masso-kinésithérapie.

Tableau n° 70 : répartition par classe d'âge de la patientèle en 2013

En %

	0-15 ans	16-59 ans	60-69 ans	70 ans et plus
Infirmiers	2,7	36,7	18,3	42,3
Masseurs-kinésithérapeutes	9,4	50,8	14,7	25,0

Source : SNIR-PS 2013 - Tous régimes, France métropolitaine.

357. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux, rapport d'étude pour la DREES et l'ONDPS, Plein sens, décembre 2009.

S'agissant des maladies chroniques, la part des prises en charge à 100 % au titre des ALD pèse très fortement dans les dépenses, plus particulièrement pour les soins infirmiers, pour lesquels elle représente 90 % du total. Toutefois, si le nombre de patients pour lesquels l'assurance maladie reconnaît une affection de longue durée a augmenté³⁵⁸, la structure de remboursement, au regard de la part des prises en charge à 100 % des actes infirmiers et de masso-kinésithérapie, est restée stable dans le temps, ce qui suggère que l'augmentation du nombre de patients en ALD accompagne la dynamique de la dépense, mais n'en constitue pas le seul facteur explicatif. En tout état de cause, aucune étude n'a mesuré à ce jour l'intensité de la charge en soins paramédicaux, liée aux affections de longue durée.

Tableau n° 71 : part des prises en charge à 100 % (ALD et autres motifs) dans les dépenses remboursées par l'assurance maladie

	2000	2005	2010	2013
Infirmiers libéraux	89,5 %	90,3 %	89,9 %	89,7 %
Masseurs-kinésithérapeutes libéraux	64,1 %	60,1 %	60,4 %	60,6 %

Source : montants remboursés de 2000 à fin août 2014 -date de liquidation régime général y compris SLM y compris frais de déplacement.

D'autres explications à la forte hausse des dépenses remboursées sont ainsi à rechercher dans l'organisation de l'offre de soins.

II - Une croissance des effectifs non maîtrisée et mal répartie sur le territoire

Au 1^{er} janvier 2014, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes constituaient à eux seuls 83 % des effectifs d'auxiliaires médicaux ayant une activité exclusivement libérale ou mixte (c'est-à-dire incluant une part d'activité libérale), avec plus de 51 % pour les infirmiers (103 393) et un peu moins de 32 % pour les masseurs-kinésithérapeutes (64 032)³⁵⁹.

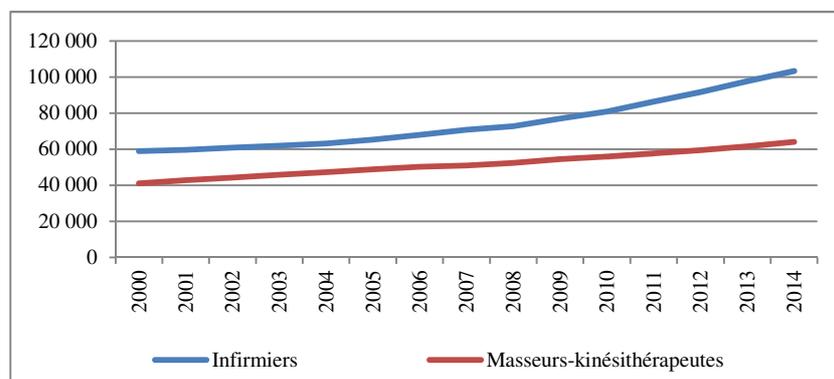
358. Le nombre de patients en ALD relevant du régime général est passé de 6,7 millions en 2004 à 9,7 millions en 2013.

359. Dans les développements de ce chapitre, les données relatives à la démographie des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes sont issues des statistiques publiées annuellement par la DREES à partir de l'exploitation de fichiers corrigés du répertoire Adeli. Elles portent sur les auxiliaires médicaux ayant une activité libérale exclusive ou mixte (libérale et salariée) occupés, ce qui exclut les bénévoles et les personnes en recherche d'emploi.

A - Des effectifs libéraux en forte augmentation depuis 2000

Parmi l'ensemble des auxiliaires médicaux dont les actes bénéficient d'une prise en charge par l'assurance maladie, les infirmiers connaissent la croissance démographique la plus forte : +75,4 % entre 2000 et 2014, soit une hausse annuelle moyenne de 4 %³⁶⁰. Au cours de la même période, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes a augmenté de 55,8 %, soit une progression annuelle moyenne de 3,2 %.

Graphique n° 29 : évolution des effectifs libéraux et mixtes d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes (2000-2014)



Champ : France entière.

Source : DREES.

Cette démographie dynamique est liée à l'augmentation continue du nombre d'auxiliaires médicaux formés en France.

Mise en œuvre depuis 1981 pour les masseurs-kinésithérapeutes et 1983 pour les infirmiers, la détermination de quotas pour les élèves ou étudiants de première année des instituts de formation³⁶¹ a accompagné la croissance des effectifs. Le nombre de places ouvertes en première année de soins infirmiers a augmenté de 93 % entre 1983 et 2014, passant de 16 117 à 31 162 ; après une relative stabilité jusqu'en 1997, ce nombre a progressé en moyenne annuelle de 11 % jusqu'en 2003 dans le contexte

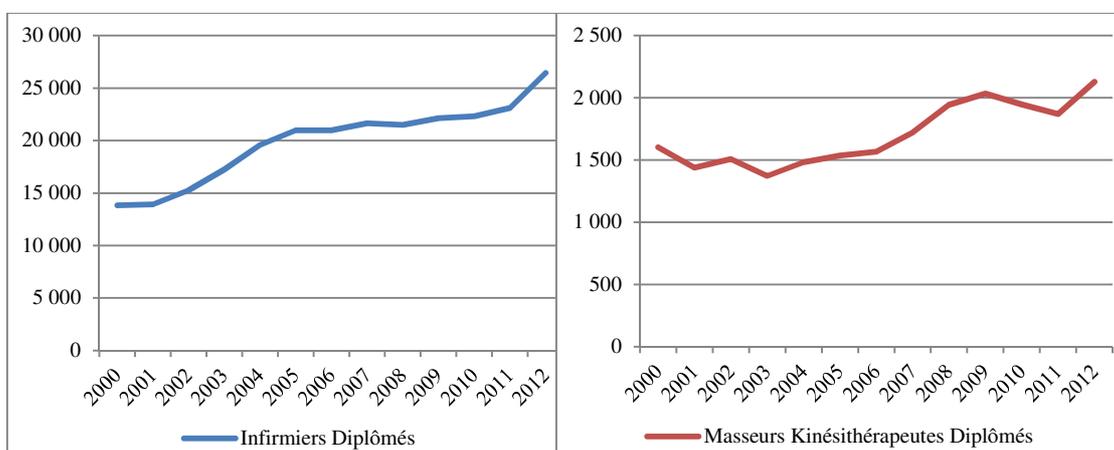
360. Les effectifs libéraux des cinq professions d'auxiliaires médicaux donnant droit à un remboursement par l'assurance maladie ont augmenté de 60,3 % depuis 2000, soit une augmentation annuelle moyenne de +3,6 %.

361. Selon l'article L. 4383-2 du code de la santé publique.

du passage aux 35 heures des établissements de santé, puis il s'est pratiquement stabilisé au niveau très élevé alors atteint, progressant de 0,3 % par an depuis lors.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la progression atteint 34 % depuis 1981 (passant de 1 853 à 2 485 en 2014), les quotas ayant régulièrement diminué jusqu'en 2000 selon un rythme annuel de -1,8 % avant d'augmenter de 5 % par an jusqu'en 2014. Au total, depuis 2000, le flux de diplômés a augmenté de 91 % pour les infirmiers et de 33 % pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Graphiques n°s 30 et 31 : évolution des diplômés depuis 2000



Source : DREES, enquête Écoles, 2012.

À ces professionnels diplômés en France s'ajoutent ceux diplômés à l'étranger qui, en 2014, sont à l'origine de près de 30 % des primo-installations de masseurs-kinésithérapeutes (dont plus de 60 % de Français)³⁶². L'apport des diplômés à l'étranger a en revanche un caractère marginal pour les infirmiers.

362. Selon les chiffres communiqués par l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes : en 2014, 755 primo-installations dont 220 personnes ayant des diplômes obtenus à l'étranger (parmi lesquels 137 Français).

Deux professions aux caractéristiques démographiques différentes

Les deux professions sont relativement jeunes par comparaison aux professions médicales, avec un âge moyen de 43 ans pour les infirmiers et de 42 ans pour les masseurs-kinésithérapeutes.

La profession infirmière est très majoritairement féminine (83,7 %), tandis que les masseurs-kinésithérapeutes restent majoritairement des hommes (55,2 %).

Si 79,3 % des masseurs-kinésithérapeutes ont une activité libérale ou mixte, bien au-delà de la moyenne constatée pour l'ensemble des professionnels de santé (34,3 % en 2014), les infirmiers sont salariés à 83,2 % en raison du poids du secteur hospitalier. Malgré une évolution plus rapide des effectifs libéraux, la répartition des modes d'exercice est globalement stable depuis 2000.

B - Des professionnels très inégalement répartis sur le territoire en raison d'une régulation défaillante

1 - Des inégalités géographiques qui se creusent

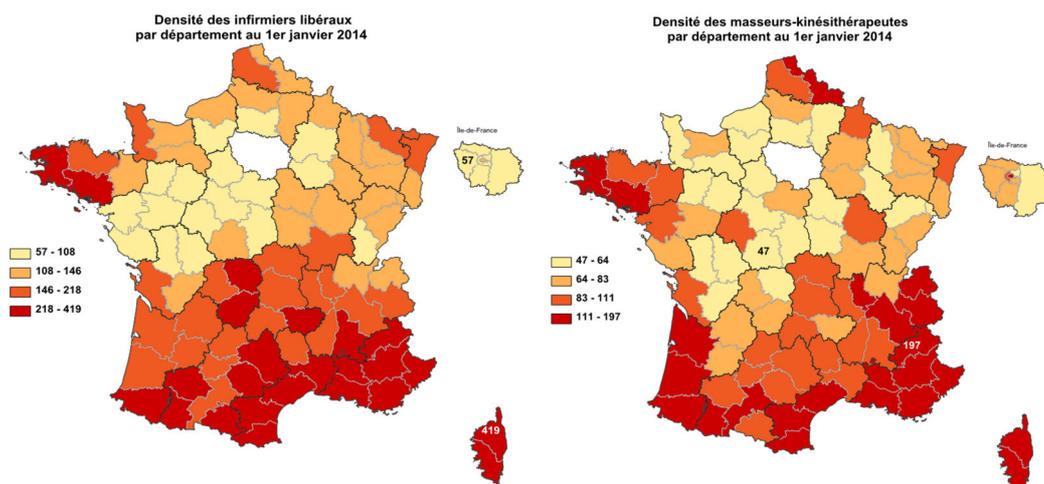
Au 1^{er} janvier 2014, la densité moyenne³⁶³ des infirmiers libéraux était de 187 pour 100 000 habitants et de 97 pour les masseurs-kinésithérapeutes, alors qu'elle était respectivement de 97 et de 69 en 2000.

Malgré cette forte augmentation, les deux professions se répartissent toujours très inégalement sur le territoire. En 2014, les écarts pour les infirmiers allaient de 1 à 5,3 entre l'Île-de-France, région la moins bien dotée (75 infirmiers pour 100 000 habitants) et la Corse (398) et, au niveau départemental, de 1 à 7,4 entre les Yvelines (57) et la Haute-Corse (419).

Avec 56 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants, la Picardie est trois fois moins bien dotée que la Corse ou Provence-Alpes Côte d'Azur (148). Dans un sens opposé, l'Hérault (180) en compte presque quatre fois plus que la Seine-Saint-Denis (47).

363. Statistiques DREES, issues du répertoire Adeli et estimations de population de l'INSEE, retraitées par la Cour. Champ : France métropolitaine.

Cartes n° 9 et 10 : densité des infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral par département au 1^{er} janvier 2014



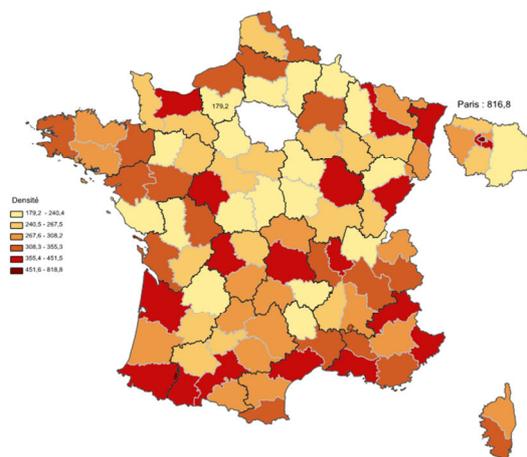
Champ : France métropolitaine. Densité pour 100 000 habitants.

Source : Cour des comptes d'après les statistiques DREES, le répertoire Adeli et l'INSEE – estimations de population 2013.

Ces disparités départementales recourent, avec certains écarts³⁶⁴, celle des médecins généralistes qui sont les principaux prescripteurs de l'activité des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

364. À titre d'illustration, les départements de la Seine-Maritime, de la Somme et de la Loire-Atlantique sont bien desservis en médecins généralistes, mais sont moins bien dotés en auxiliaires médicaux que ceux du littoral méditerranéen.

Carte n° 11 : densité des médecins généralistes au niveau départemental au 1^{er} janvier 2014



Source : statistiques DREES, données 2014.

Depuis 2000, les inégalités régionales se sont notablement creusées pour les infirmiers - passant d'un écart de 1 à 3,7 en 2000 à un écart de 1 à 5,3 en 2014 - tandis qu'elles restaient stables pour les masseurs-kinésithérapeutes. Pour les deux professions, les inégalités départementales se sont accentuées.

L'ampleur de ces disparités soulève la question de l'adaptation de la répartition géographique des auxiliaires médicaux aux besoins de la population et des actions mises en œuvre par l'État et l'assurance maladie à cette fin.

2 - Une régulation insuffisante de l'offre par l'État et l'assurance maladie

Compte tenu de la liberté d'installation des professionnels libéraux, le premier levier de régulation réside dans la définition par l'État des quotas pour l'entrée en formation, ce qui permet d'agir sur le nombre d'installations, mais avec un effet retard et, dans une certaine

mesure, sur leur localisation, comme il a été cherché à le faire dans la mise en œuvre du *numerus clausus* pour les études de médecine³⁶⁵.

L'impact des quotas sur l'évolution globale et régionale des effectifs d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes libéraux est limité par la rigidité des capacités de formation, qu'amplifie la définition tardive par le ministère de la santé des places ouvertes en première année. Par ailleurs, la procédure de détermination des quotas ne prend pas en compte les enjeux de régulation des effectifs libéraux, en particulier dans les zones sur-dotées. La définition des quotas s'inscrit d'abord dans une logique de saturation des capacités de formation locales. Elle ne fait pas l'objet de la part des pouvoirs publics, contrairement aux études de médecine, d'une politique active de régulation et d'orientation des flux de formation en fonction notamment du caractère sur ou sous-doté des différents territoires de manière à contribuer à un rééquilibrage progressif.

Une procédure complexe et inefficace

Les quotas au niveau national et régional sont fixés par arrêté du ministre de la santé. Une fois les quotas régionaux arrêtés, la répartition précise du nombre de places ouvertes entre les instituts de formation relève de la responsabilité de chaque conseil régional dans le cadre de ses attributions en matière de formation.

Pour déterminer les quotas, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) consulte les agences régionales de santé (ARS) et les conseils régionaux sur les besoins identifiés localement, qui doivent être justifiés, sans qu'aient été précisés les critères à prendre en compte. Les demandes régionales portent généralement sur des ouvertures de places supplémentaires ou le maintien des quotas précédents afin de saturer les capacités de formation existantes et de répondre, en particulier pour les infirmiers, aux besoins des secteurs hospitalier et médico-social. Les propositions de la DGOS au ministre de la santé respectent généralement les avis des acteurs et privilégient la prudence, c'est-à-dire les propositions les plus basses, en cas de divergence.

365. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre V : la répartition territoriale des médecins libéraux, p. 147- 172, septembre 2011, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Contrairement à la lettre de ses attributions, l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé ne formule pas de propositions de quotas pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. Ce faisant, il prive les pouvoirs publics de l'avis des professionnels de santé (unions régionales des professions de santé, doyens de la faculté de médecine, présidents des conseils régionaux des ordres professionnels).

La consultation d'acteurs locaux, aux intérêts divergents, tend à pérenniser les situations acquises et à consolider les inégalités de répartition géographique des auxiliaires médicaux exerçant en libéral. Ainsi, pour les infirmiers, les augmentations de quotas régionaux les plus fortes entre 2000 et 2014 concernent des régions pourtant largement dotées comme Midi-Pyrénées et la Corse.

L'assurance maladie s'appuie, quant à elle, sur les dispositifs conventionnels de portée inégale, coûteux et peu efficaces, négociés récemment avec les représentants des professionnels libéraux³⁶⁶.

Des dispositifs conventionnels de portée inégale

Ces dispositifs reposent sur l'identification de zones géographiques auxquelles sont appliqués des critères d'offre et de besoins.

Les zones ont été classées par les partenaires conventionnels en cinq catégories selon l'importance des effectifs libéraux : très sous-dotées, sous-dotées, intermédiaire, très dotées et sur-dotées. Elles ont ensuite été fixées par arrêté des ARS, après des consultations qui ont pu donner lieu à des modifications marginales.

Pour les infirmiers, l'avenant n° 3 à leur convention nationale (septembre 2011), a consolidé les mesures incitatives et restrictives à l'installation expérimentées dans le cadre de l'avenant n° 1 (septembre 2008). Il a porté de 210 à 470 le nombre de zones sur-dotées et de 145 à 322 celui de zones très sous-dotées, auxquelles s'ajoutent 172 zones sous-dotées, 1 978 zones intermédiaires et 213 zones très dotées (soit 3 155 zones au total). Dans les zones très sous-dotées, un contrat incitatif infirmier est proposé aux professionnels - s'installant ou déjà installés - qui s'engagent notamment à exercer les 2/3 de leur activité libérale conventionnelle dans la zone. En contrepartie, ils reçoivent une aide à l'équipement pouvant aller jusqu'à 3000 € et bénéficient par ailleurs de

366. Pour une analyse générale de ces dispositifs, voir *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'efficacité de la dépense, p. 231-256, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

la prise en charge des cotisations sociales dues au titre des allocations familiales. Dans les zones sur-dotées qui comprenaient, selon la CNAMTS en 2011, 27,2 % des effectifs libéraux, l'accès au conventionnement ne peut intervenir qu'en remplacement d'une cessation définitive d'activité dans la même zone.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, le dispositif repose uniquement sur des mesures incitatives à la suite de la décision du Conseil d'État du 17 mars 2014 qui a annulé les dispositions restrictives de l'avenant n° 3 à leur convention nationale (novembre 2011). Un contrat incitatif est ainsi proposé dans 375 zones très sous-dotées et 209 zones sous-dotées.

Le coût des aides forfaitaires versées par l'assurance maladie en 2014 atteint 4,8 M€ pour les 2 220 contrats incitatifs avec les infirmiers (soit un montant moyen de 2 162 €) et 5 M€ pour les 1 736 contrats incitatifs passés avec les masseurs-kinésithérapeutes (soit un montant moyen de 2 880 €).

Ces dispositifs n'ont qu'une incidence très limitée sur la localisation des installations³⁶⁷. Entre 2010 et 2014, la part des installations en zones très sous-dotées a augmenté de 1,8 point (passant de 3,7 % à 5,5 %) et a baissé de 13 points en zones sur-dotées (de 25 % à 12,2 %) pour les infirmiers³⁶⁹. Pour les masseurs-kinésithérapeutes³⁷⁰, la part des installations en zones très sous-dotées a augmenté d'un point (pour atteindre 3,5 %) et a baissé de 0,3 point en zones sur-dotées (14,6 %). À ce rythme, plusieurs décennies seraient nécessaires pour que la desserte des territoires par les auxiliaires libéraux connaisse un rééquilibrage significatif.

De plus, ces dispositifs ont induit un fort effet d'aubaine : ils ont d'abord bénéficié aux professionnels déjà installés dans les zones déficitaires avec seulement respectivement 17 % et 6 % des adhésions aux contrats incitatifs infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes à fin 2012 correspondant à de nouvelles installations. Cette proportion a augmenté depuis lors pour atteindre 51 % des contrats conclus au cours des neuf

367. Fin 2014, 2 220 infirmiers et 1 736 masseurs-kinésithérapeutes avaient conclu un contrat incitatif, soit 74,6 % des infirmiers et 67,5 % des masseurs-kinésithérapeutes déjà installés ou s'installant dans une zone déficitaire.

369. Le nombre d'installations est passé, de 2010 à 2014, de 262 à 441 en zones très sous-dotées et de 1 771 à 985 en zones sur-dotées, selon les données de l'Observatoire conventionnel infirmier (mai 2015).

370 Le nombre d'installations est passé, de 2010 à 2014, de 164 à 281 en zones très sous-dotées et de 981 à 1 184 en zones sur-dotées, selon les données de l'Observatoire conventionnel des masseurs-kinésithérapeutes (avril 2015).

premiers mois de l'année 2014 pour les infirmiers et 52 % pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Les dispositifs existants de régulation démographique et d'orientation géographique des installations ne sont pas à la hauteur des enjeux d'une meilleure répartition des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

C - Une forte corrélation entre densité de professionnels et consommation de soins

Les inégalités territoriales apportent une contribution déterminante à la dynamique des dépenses.

Ainsi, dans les régions les mieux dotées, le nombre moyen de patients suivis par auxiliaire médical est très inférieur à la moyenne nationale, ce qui s'explique par l'abondance de l'offre. En revanche, le nombre d'actes pratiqués et les honoraires perçus par patient sont généralement très supérieurs à la moyenne nationale et inversement proportionnels au nombre de patients suivis. Pour les infirmiers, ils approchent ou dépassent 800 € par patient et par an en Corse et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), contre 159 € en Pays-de-la-Loire ou 166 € dans le Centre.

Tableau n° 72 : écarts régionaux pour les honoraires par patient pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes (2014)

	Honoraires par patient (en €)	Nombre moyen de patients	Nombre d'actes par patient	Densité
<i>Infirmiers</i>				
Corse	826	123	55	398
PACA	782	120	62	292
France métropolitaine	328	264	31	187
Île-de-France	342	264	31	75
Pays de la Loire	159	486	17	86
<i>Masseurs-kinésithérapeutes</i>				
Corse	570	186	26	148
PACA	438	203	24	148
France métropolitaine	334	246	18	97
Picardie	330	284	18	56
Pays de la Loire	264	285	15	82

Source : SNIR –PS 2014, tous régimes et DREES. France métropolitaine.

L'inégale distribution des auxiliaires médicaux sur le territoire a aussi pour corollaire une modification des pratiques professionnelles qui soulève la question de la pertinence des actes.

La répartition des actes infirmiers entre les actes infirmiers de soins (AIS) et les actes médico-infirmiers (AMI) varie en effet selon l'offre globale de soins infirmiers dans chaque département. Ainsi, les actes de « nursing » (hygiène corporelle), qui relèvent des AIS, représentent une part croissante de l'activité des infirmiers libéraux en fonction de leur densité : dans les Bouches-du-Rhône, le taux de recours des personnes âgées de plus de 75 ans aux AIS est de 19,2 %, soit un niveau significativement plus élevé que dans la Sarthe (où il est de 0,7 %). Inversement, le taux de recours pour les AMI est de 50,1 % dans les Bouches-du-Rhône, contre 71,4 % dans la Sarthe.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, c'est la longueur des séries d'actes qui est affectée : en 2012, le nombre moyen de séances de rééducation pratiquées après une arthroplastie du genou était de 32 au plan national, mais dépassait systématiquement 35 dans les départements du littoral méditerranéen, allant même jusqu'à 51³⁷¹.

Ces situations doivent être appréhendées en tenant compte des autres segments de soins, en particulier des alternatives existantes à une prise en charge libérale.

371. Observatoire conventionnel des masseurs-kinésithérapeutes (novembre 2013).

Des niveaux de dépenses non corrélés à des facteurs objectifs

Il n'existe pas de corrélation systématique entre le poids relatif des dépenses en soins infirmiers et de masso-kinésithérapie et celui de la population locale ni, spécifiquement, de la part des personnes âgées de plus de 75 ans, qui sont des consommateurs importants de soins infirmiers. Le taux d'équipement en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui pourrait constituer une offre alternative et complémentaire aux infirmiers libéraux n'explique pas non plus les écarts entre les niveaux des dépenses en soins infirmiers par département.

Tableau n° 73 : exemples de disparités départementales en matière de dépenses liées à l'activité des auxiliaires médicaux

Département	% dépenses totales infirmiers	% dépenses totales MK	% population France métropolitaine	% population âgée de plus de 75 ans	Taux d'équipement en SSIAD	Taux d'équipement en EHPAD
Bouches-du-Rhône	9,0	7,4	3,1 %	9,3	17,6	85
Var	3,3	2,6	1,6 %	11,7	14,2	84
Hauts-de-Seine	1,7	3,7	2,5	7,2	17,2	84
Corse-du-Sud	0,6	0,6	0,2	10,8	23,6	44
Loiret	0,6	0,5	1,0	9,2	16,8	108
Cantal	0,2	0,1	0,2	14,1	22,2	140
Lozère	0,1	0,1	0,1	12,0	28	125
France entière				9,2	18	102

Le taux d'équipement en SSIAD et en EHPAD correspond au nombre de places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans.

Source : CNAMTS, INSEE (estimation de population pour 2014), DREES – enquête sur les SSIAD de 2008 et enquête sur les EHPAD de 2013 (données 2011).

Le cas des Bouches-du-Rhône est très atypique : en 2014, les dépenses liées à l'activité des infirmiers exerçant en libéral représentaient 9 % des dépenses totales de soins infirmiers remboursées par la branche maladie du régime général de sécurité sociale au niveau national, alors que les habitants de ce département ne représentent que 3,1 % de ceux de France métropolitaine. En outre, la place des dépenses liées aux auxiliaires médicaux dans l'ensemble des soins de ville est près de deux fois supérieure à la moyenne nationale. Or, la part des personnes âgées de plus de 75 ans est comparable à la moyenne nationale (9,3 % contre 9,2 %) et le taux d'équipement en services de soins infirmiers à

domicile³⁷² est de 17,6 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans, soit un niveau inférieur de 0,4 point seulement à la moyenne nationale. Un écart très significatif peut de même être constaté en rapprochant la part des dépenses de masso-kinésithérapie (7,4 %) de celle de la population (3,1 %).

Des distorsions de même nature peuvent être constatées, quoique à un moindre degré, pour le département voisin du Var. Les dépenses sont significativement supérieures au poids relatif de sa population (3,3 % pour les dépenses de soins infirmiers et 2,6 % pour celles de masso-kinésithérapie contre 1,6 % pour la population), avec toutefois une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans (11,7 %) supérieure à la moyenne nationale. La Corse-du-Sud a elle aussi des dépenses élevées de soins infirmiers au regard de sa population, malgré un taux élevé d'équipement en SSIAD, de même que de masso-kinésithérapie).

À l'inverse, le Loiret, qui a un taux moyen de personnes âgées de plus de 75 ans identique à la moyenne nationale et un taux d'équipement en SSIAD proche de celle-ci affiche des dépenses nettement inférieures au poids relatif de sa population. Le Cantal a, quant à lui, des dépenses inférieures au poids relatif de sa population, tout en comptant une proportion élevée de personnes âgées. La Lozère affiche, quant à elle, une bonne corrélation entre les dépenses et la population totale, tout en ayant une forte proportion de personnes âgées, mais ce département bénéficie d'un taux d'équipement en SSIAD élevé.

Le seul élément qui vient nuancer les constats précédents est le taux d'équipement en EHPAD : sur l'échantillon retenu, les départements qui ont un poids relatif important de dépenses en exercice libéral ont un taux d'équipement en EHPAD inférieur à la moyenne nationale. Mais cette corrélation demanderait à être affinée en fonction du niveau de prise en charge forfaitaire des soins infirmiers et de masso-kinésithérapie dans les EHPAD et par voie de conséquence du poids des prises en charge en libéral dans ces établissements.

III - Des actions de maîtrise à mettre en œuvre sans délai

Tout en prenant en considération le rôle important que tiennent les auxiliaires médicaux en exercice libéral dans le suivi des patients,

372. DREES, *Les services de soins infirmiers à domicile en 2008*, Études et résultats n° 739, septembre 2010.

notamment âgés et la qualité des soins délivrés à la population, le rythme accéléré d'augmentation des dépenses liées à leur activité est de moins en moins soutenable, sauf à évincer d'autres dépenses, d'autant que l'objectif d'augmentation prévisionnelle des dépenses d'assurance maladie se resserre (+1,75 % en 2016 et en 2017). La maîtrise indispensable de ces dépenses nécessite de définir et de mettre en œuvre sans délai, de manière coordonnée entre l'État et l'assurance maladie, des dispositifs de régulation efficaces, qui font aujourd'hui défaut.

A - Une gestion du risque à construire au plus vite

1 - Organiser une maîtrise médicalisée de la dépense

Les conventions nationales des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes contiennent, dans leur préambule, une déclaration d'intention sur la recherche d'une meilleure efficacité du système de soins, en prenant en considération la nécessité de son équilibre financier. Cependant, très peu de mesures concrètes de maîtrise des dépenses ont été mises en œuvre. Des actions de gestion du risque centrées sur les auxiliaires médicaux et les médecins ainsi que des outils d'aide et de suivi de la prescription demandent à être fortement et rapidement développés pour améliorer la régulation et la pertinence des actes.

a) La régulation du volume d'actes

Seule la masso-kinésithérapie fait l'objet d'un programme de maîtrise médicalisée, qui repose sur la mise en place de référentiels dans le champ ostéo-articulaire. Toutefois, leur impact reste marginal.

La mise en place de référentiels de masso-kinésithérapie

Entre 2010 et 2014, la CNAMTS a mis en place dans le cadre de l'avenant n° 3 à la convention quatorze référentiels portant sur des actes en série dans le champ ostéo-articulaire et définissant un seuil de séances au-delà duquel un accord préalable de l'assurance maladie est nécessaire pour la poursuite, à titre exceptionnel, des soins. Ils couvrent 36 % de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes. Les seuils de déclenchement de la procédure d'accord préalable ont été définis par la caisse nationale à partir d'argumentaires établis après consultation des syndicats représentatifs de la profession et de sociétés savantes et transmis pour avis à la Haute Autorité de santé (HAS). Dans ses avis, la HAS a indiqué, pour chacun des référentiels, qu'« il n'a pas été identifié de donnée en défaveur du référentiel proposé qui est en conséquence validé ».

Si une légère baisse du nombre moyen de séances peut être constatée, les référentiels sont imparfaitement appliqués. Sur les six référentiels dont la CNAMTS a suivi l'impact, la moyenne constatée des séances pratiquées reste, pour trois d'entre eux, significativement supérieure au seuil défini. Pour l'arthroplastie du genou, une moyenne de 34 séances par patient a été pratiquée en 2013 pour un plafond de 25 séances. Dans le cas de la libération du nerf médian au canal carpien, pour laquelle aucune séance de rééducation n'est prévue, 12 séances en moyenne continuaient d'être pratiquées et remboursées. Contrairement aux dispositions du code de la sécurité sociale³⁷³, la poursuite des séances au-delà du seuil prédéfini n'a donc rien d'exceptionnel.

S'agissant des soins infirmiers, aucune mesure de régulation n'a encore été prise malgré une augmentation constante du nombre d'actes et de leur impact financier pour l'assurance maladie. La forte progression du volume des AIS, dont le contenu précis est mal connu, n'est encadrée par aucun référentiel. Les AMI n'ont pas davantage fait l'objet de mesures de maîtrise médicalisée, à l'exception d'une expérimentation visant les soins quotidiens dispensés aux patients insulino-dépendants.

b) La question centrale de la prescription

L'activité en soins infirmiers et en masso-kinésithérapie dépendant pour l'essentiel d'une prescription médicale, les actions de gestion du risque les concernant devraient être étroitement corrélées avec celles menées en direction des médecins prescripteurs. Or, la rémunération sur objectifs de santé publique des médecins n'a intégré aucun objectif relatif aux actes des auxiliaires médicaux. Les démarches visant à assurer leur intervention coordonnée restent inopérantes :

- pour pouvoir coter des actes en AIS, une « démarche de soins infirmiers » (DSI) doit être préalablement établie entre le médecin et l'infirmier afin de fixer la fréquence et la durée des séances. En pratique, la DSI est peu utilisée par les professionnels de santé qui

373. Article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale : « lorsqu'il s'agit d'actes en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ».

invoquent sa lourdeur. Son remplacement, annoncé depuis 2007, par un dispositif plus simple n'a toujours pas abouti³⁷⁴ ;

- de même, le bilan-diagnostic thérapeutique (BDK), qui doit en principe être adressé par les masseurs-kinésithérapeutes au médecin prescripteur au terme d'un traitement égal ou supérieur à dix séances ou en cas de prolongation du traitement, ne l'est que rarement.

Comme la Cour l'a déjà recommandé³⁷⁵, des approches pluri-professionnelles permettant de définir les modalités d'action collective et les engagements associés sont indispensables en vue d'une plus grande efficacité des soins de premier recours. La mise en place d'actions communes de gestion du risque entre les médecins et les professions prescrites que sont les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes doit en constituer une priorité d'application.

Mieux suivre les prescriptions faites par les auxiliaires médicaux

Si les prescriptions infirmières, qui concernent à 80 % les articles de pansements, restent faibles en valeur absolue (90 M€ en 2013), elles connaissent une vive croissance (elles ont été multipliées par deux entre 2011 et 2013). En outre, leur impact sur d'éventuelles économies de prescriptions médicales n'est pas mesuré.

De même, il n'a pas été mis en place de dispositif de suivi des prescriptions effectuées par les masseurs-kinésithérapeutes. Cette lacune devrait être d'autant plus rapidement comblée qu'une disposition du projet de loi de modernisation de notre système de santé, introduite par voie d'amendement, prévoit un élargissement de ce droit de prescription³⁷⁶.

374. Selon la CNAMTS, une expérimentation de « visite infirmière pour bilan de soins infirmiers » aurait lieu d'ici fin 2015.

375. 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'efficacité de la dépense, p. 231-256, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

376. Dans la version de ce texte adopté en première lecture par l'Assemblée nationale (14 avril 2015), les masseurs-kinésithérapeutes pourront adapter dans le cadre d'un renouvellement, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions initiales datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret.

2 - Renforcer les actions de contrôle

Les travaux d'audit effectués par la Cour dans le cadre de sa mission de certification des comptes de la branche maladie du régime général de sécurité sociale mettent en évidence de manière récurrente³⁷⁷ l'ampleur des erreurs et des anomalies à incidence financière concernant les auxiliaires médicaux, qui constituent un champ de risque majeur et se traduisent généralement par des remboursements injustifiés au détriment de l'assurance maladie.

Pour les infirmiers, ont notamment été identifiées des facturations injustifiées d'actes (cumuls irréguliers d'actes médico-infirmiers et d'actes infirmiers de soins, majorations non dues), des facturations d'indemnités kilométriques erronées et des inadéquations entre prescriptions et actes facturés. S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, des actes sont pris en charge à 100 % de façon injustifiée et il est souvent difficile de reconstituer le nombre de séances effectivement réalisées et, ce faisant, d'apprécier la réalité de l'activité sous-jacente à la facturation.

Malgré les risques très significatifs qui affectent la conformité de la facturation aux dispositions légales et conventionnelles, les conditions de mise en œuvre des actions de contrôle prescrites par la CNAMTS aux organismes de son réseau connaissent des fragilités importantes.

Par ailleurs, lorsque des actes de masso-kinésithérapie en série requièrent un accord préalable, les demandes ne sont pas correctement renseignées et 75 % d'entre elles sont adressées à tort par les professionnels de santé, ce qui conduit à engorger les caisses d'assurance maladie. Lorsque le service médical rend un avis défavorable à une demande d'entente préalable ou fixe un nombre limitatif aux séances de massage-kinésithérapie, aucun dispositif technique ne fait obstacle *a priori* au remboursement de la facture adressée par la voie électronique par le professionnel de santé.

Deux types de contrôles ponctuels *a posteriori* sont diligentés par le réseau des caisses d'assurance maladie du régime général : des programmes nationaux élaborés par la CNAMTS que les caisses locales mettent en œuvre et des actions engagées à l'initiative de chaque CPAM.

Les contrôles mis en œuvre apparaissent très insuffisants au regard des enjeux financiers et des risques de fraude.

377. Voir notamment Cour des comptes, *Rapport sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale - exercice 2013*, juin 2014 et *exercice 2014*, juin 2015, la Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

En premier lieu, ils portent sur un nombre très réduit de professionnels au regard de leurs effectifs³⁷⁸. Ainsi, les investigations conduites dans le cadre des programmes biennaux de la CNAMTS sur les professionnels présentant des indicateurs d'activité aberrants ont porté sur 69 auxiliaires médicaux en 2012 et 156 en 2014. Les programmes nationaux centrés sur les auxiliaires médicaux, que la CNAMTS a récemment commencé à élaborer, ont visé 230 infirmiers en 2010 et 87 en 2013, ainsi que 62 masseurs-kinésithérapeutes en 2012.

En outre, la CNAMTS n'a pas documenté les suites apportées aux plaintes pénales ou ordinaires ainsi qu'aux procédures conventionnelles, ni n'a fourni de relevé détaillé des manquements constatés, concernant spécifiquement les auxiliaires médicaux³⁸⁰.

Par ailleurs, la procédure de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, qui permet aux directeurs de caisse d'infliger des pénalités financières à des professionnels fautifs, reste peu utilisée : en 2012, 175 pénalités ont été infligées à des infirmiers et 6 à des masseurs-kinésithérapeutes, pour des montants respectifs de 0,3 M€ et 0,1 M€ ; en 2013, 281 à des infirmiers et 2 seulement à des masseurs-kinésithérapeutes, pour des montants respectifs de 0,7 M€ et de 3 000 €.

Des irrégularités à sanctionner³⁸¹

Quoique insuffisants au regard de l'ampleur des risques financiers, les contrôles *a posteriori* effectués par les CPAM font apparaître des dérives fréquemment constitutives de manquements à la probité et causant un préjudice sérieux à l'assurance maladie.

378. Un peu plus de 200 000 auxiliaires médicaux en exercice libéral font l'objet de remboursements à l'acte.

380. Les principaux types de manquements relevés par la CNAMTS sont les suivants : facturations multiples d'un même acte, fausses prescriptions ou falsifications, facturations d'actes non réalisés ou réalisés par un tiers ou bien par plusieurs intervenants, facturations en méconnaissance de la NGAP.

381. Ces constats procèdent de déplacements effectués par la Cour dans les CPAM des Bouches-du-Rhône, de Loire-Atlantique et de la Somme.

Le programme de 2010 concernant des infirmiers « méga-actifs » a mis au jour des pratiques frauduleuses dans 61 % des cas examinés. Dans les Bouches-du-Rhône, ont été relevés des cas aberrants pouvant aller jusqu'à 36 heures d'activité quotidienne et de nombreuses irrégularités concernant les actes infirmiers de soins (AIS) : facturations injustifiées d'AIS 3, facturation de plus de quatre AIS 3 par jour et par patient, cumul irrégulier d'actes en AMI et en AIS. Le plan régional 2014 de lutte contre les fraudes élaboré par les CPAM de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme indique que « de nombreux infirmiers [du ressort] ont des valeurs d'activité fortes, éloignées des valeurs régionales. L'étude des facturations débouche systématiquement sur des préjudices, voire des fraudes ».

En Loire-Atlantique, les contrôles portant sur les masseurs-kinésithérapeutes « méga-actifs » ont aussi permis de détecter des cas aberrants, comme celui d'un professionnel totalisant théoriquement 313 jours à plus de 16 heures d'activité quotidienne, dont 198 jours à plus de 24 heures. Ce masseur-kinésithérapeute a fait l'objet d'une simple lettre d'avertissement, sa situation devant être revue en fonction de l'évolution de sa pratique.

Les contrôles effectués sur les activités des masseurs-kinésithérapeutes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) révèlent également de nombreuses irrégularités : la CPAM des Bouches-du-Rhône a mené fin 2014 une action de contrôle de la justification médicale de la cotation AMK 9 sur cinq établissements, avec un taux d'anomalies de 95 %³⁸² ; le même type d'action en Loire-Atlantique, ciblé sur trois établissements, a permis de constater que sur une sélection de 20 dossiers, 14 avaient fait l'objet d'une surcotation.

Au regard des constats qui précèdent, les contrôles nationaux et locaux menés par l'assurance maladie sur les facturations présentées au remboursement doivent être significativement renforcés et leurs résultats donner lieu à des sanctions effectives.

3 - Refondre la nomenclature des actes pour l'adapter plus finement à la nature des soins dispensés

La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) devrait permettre d'effectuer une analyse médico-économique précise des actes dispensés, afin d'orienter la politique tarifaire et d'affiner la pertinence des actions de gestion du risque.

382. La cotation AMK 9 correspond à la rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres. Une mesure d'impact du contrôle après trois mois a montré que le taux d'anomalies avait été ramené à 19 %.

Or, la nomenclature, dont l'origine remonte à 1972, ne permet pas d'identifier la nature exacte des actes dispensés à travers leur cotation. Ainsi, pour les infirmiers, le contenu des actes relevant des AIS est mal appréhendé. Les coefficients appliqués aux lettres-clés des masseurs-kinésithérapeutes ne permettent pas non plus de retracer leur activité puisqu'un même coefficient est susceptible de recouvrir plusieurs types d'actes. La CNAMTS est ainsi contrainte de procéder à des enquêtes auprès des professionnels de santé pour connaître le détail de leur activité. Ces enquêtes sont lourdes et par conséquent peu fréquentes : la dernière a été lancée en 2013, la précédente datait de 2001.

En dehors de certaines décisions ponctuelles³⁸³, l'actualisation de la nomenclature infirmière apparaît en outre insuffisante, les actes étant revalorisés par à-coups sans qu'une orientation claire se dégage quant aux évolutions de rémunération à privilégier entre prévention, actes techniques ou « nursing ».

Par ailleurs, l'obsolescence de la nomenclature des actes favorise les anomalies de facturation des auxiliaires médicaux à l'assurance maladie et les remboursements injustifiés de cette dernière.

La nomenclature des actes demande ainsi à être réformée en profondeur, que ce soit sous la forme d'une rénovation de la NGAP ou de l'instauration d'une classification commune des actes des auxiliaires médicaux, pour permettre de retracer finement les actes accomplis et d'y intégrer les nouveaux actes ou les redéfinitions d'actes existants qui découlent de l'évolution des pratiques et des techniques.

383. Comme par exemple la décision de l'UNCAM du 21 juillet 2014 relative notamment aux soins d'entretien des cathéters et aux perfusions réalisés par les infirmiers.

B - Une offre de soins à rééquilibrer

Le dynamisme démographique et la répartition géographique déséquilibrée des auxiliaires médicaux induisent des distorsions dans l'accès aux soins et soutiennent la dynamique des dépenses. Des mesures rapides de régulation démographique et d'orientation géographique des installations apparaissent indispensables.

1 - Mettre un coup d'arrêt à la hausse des effectifs

Il convient en priorité de diminuer les quotas de formation, y compris au niveau régional, afin de tenir compte des tendances démographiques observées et de réformer leur procédure de détermination. À cet égard, l'adoption d'un cadrage pluriannuel avec, le cas échéant, une actualisation annuelle, faciliterait l'adaptation des capacités de formation.

Pour être pertinente, la définition des quotas doit d'abord reposer sur une identification précise de l'offre de soins disponible sur un territoire pour chaque profession, quel que soit le mode d'exercice (établissements du secteur hospitalier ou médico-social, hospitalisation à domicile) et, s'agissant de professions prescrites, en intégrant aussi la dimension de la présence médicale. Elle implique d'objectiver les besoins en santé, à court et moyen terme, à partir notamment des études sur les déterminants du recours à ces soins dont la réalisation est indispensable et, sans attendre, en utilisant les données statistiques disponibles et actuellement sous-exploitées, tout en prenant en considération l'impact des réformes de l'hôpital. L'impact différé des quotas d'entrée en formation rend d'autant plus nécessaires des projections démographiques pour les auxiliaires médicaux, régulièrement actualisées.

Par ailleurs, l'obligation d'exercice dans une structure collective avant l'installation en libéral qui existe pour les infirmiers pourrait être étendue aux masseurs-kinésithérapeutes. Cela permettrait de retarder leur installation en libéral et de répondre au déficit en masso-kinésithérapie de l'hôpital. Afin de contribuer au rééquilibrage géographique, une affectation prioritaire dans des structures collectives situées dans les zones déficitaires mériterait d'être étudiée.

2 - Réduire les inégalités géographiques

Le levier conventionnel pourrait être plus fortement mobilisé afin de définir des schémas cibles de conventionnement par département, à court et moyen terme.

Ces schémas seraient établis en cohérence avec l'ensemble de l'offre en santé et soins infirmiers et de masso-kinésithérapie disponible sur un territoire, au regard des caractéristiques et des besoins de la population. Ils fixeraient un nombre déterminé d'installations possibles au-delà duquel le professionnel libéral n'aurait pas un droit automatique au conventionnement. Comme la Cour l'a déjà recommandé, il convient aussi dans ce cadre de mettre en œuvre dans les zones en surdensité un conventionnement sélectif de toutes les professions de santé, y compris les médecins, pour mieux orienter au bénéfice des « déserts médicaux » la répartition des professionnels libéraux sur le territoire³⁸⁴, l'installation de médecins conditionnant largement celle des professions prescrites.

Dans le prolongement d'évolutions déjà intervenues, d'autres modalités permettraient de renforcer les mécanismes conventionnels de régulation géographique.

Ainsi, une base légale devrait être donnée au conventionnement sélectif des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones sur-dotées, ce qui appelle une modification de la partie législative du code de la sécurité sociale.

En outre, les zones sur-dotées devraient être étendues afin de réduire les effets d'aubaine liés à des installations dans des zones limitrophes et leur zonage serait à revoir selon une fréquence plus rapide.

Par ailleurs, une évolution du taux de remplacement des professionnels déjà installés dans les zones sur-dotées pourrait être envisagée soit de façon uniforme en passant, par exemple, à une installation pour deux cessations d'activité, soit de façon différenciée en fonction des zones.

Enfin, accordée à l'origine pour faciliter l'engagement des professionnels de santé libéraux dans les relations conventionnelles, la prise en charge des cotisations sociales des infirmiers et masseurs-

384. 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. 612, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

kinésithérapeutes par l'assurance maladie devrait être davantage mobilisée pour réduire les disparités territoriales. Si les dispositions conventionnelles conditionnent la prise en charge des cotisations familiales à l'exercice dans des zones déficitaires, elles ont maintenu les prises en charge de cotisations maladie et vieillesse en faveur des professionnels installés dans des zones fortement dotées. Les prises en charge de cotisations devraient au contraire être intégralement modulées en fonction de la zone d'exercice des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral. Afin de revêtir un caractère réellement incitatif, cette modulation pourrait aller jusqu'à une suppression dans les zones sur-dotées.

Des prises en charge de cotisations sociales coûteuses et sans réelles contreparties pour l'assurance maladie

La participation de l'assurance maladie équivaut à une prise en charge quasi complète des cotisations sociales au titre de la maladie des auxiliaires médicaux libéraux (9,7 % pour un taux de 9,81 %). L'assurance maladie prend aussi en charge les 2/3 des cotisations au titre de l'assurance vieillesse supplémentaire (retraites complémentaires). Le coût de la prise en charge des cotisations sociales au titre de la maladie et de la vieillesse a atteint 672 M€ en 2014, dont 411 M€ pour les infirmiers.

Les dispositions conventionnelles applicables aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes prévoient une prise en charge de la totalité des cotisations familiales dans les zones déficitaires, soit des coûts respectifs de 5 M€ et de 2,2 M€ pour l'assurance maladie en 2014.

Au total, les prises en charge de cotisations sociales font bénéficier les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes d'un avantage équivalent à 11 % de leur revenu moyen (voir *supra* pour cette notion).

À défaut d'un impact réel de la modulation des prises en charge de cotisations sur les flux d'installation, la question du maintien du droit au conventionnement pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes installés dans des zones sur-dotées se poserait.

3 - Subordonner le développement de nouveaux actes à des économies effectives

Afin de répondre aux besoins liés au vieillissement et à la dépendance, l'offre de soins des auxiliaires médicaux libéraux évolue selon une double logique de diversification et d'extension des services fournis d'une part et de substitution avec un transfert d'activité des professions médicales d'autre part.

Ainsi, le rôle des auxiliaires médicaux libéraux en matière de prévention et d'éducation thérapeutique du patient est amené à se renforcer comme dans le cadre de l'expérimentation « Asalée », issue de

l'initiative d'acteurs locaux et soutenue par le ministère de la santé : des infirmiers formés, qu'ils soient salariés de l'association concernée ou libéraux, prennent en charge le suivi des patients diabétiques et des patients présentant un risque cardio-vasculaire, ce qui inclut la prescription, la réalisation et l'interprétation de certains examens cliniques et des consultations infirmières. Au vu des premiers résultats³⁸⁵, le service rendu aux patients diabétiques est amélioré sans coût significatif supplémentaire pour l'assurance maladie. Au-delà, le projet de loi de modernisation de notre système de santé reconnaît aux professions paramédicales la possibilité d'un exercice en « pratiques avancées », c'est-à-dire de réaliser des actes qui relèvent aujourd'hui des attributions des médecins.

L'évolution des activités infirmières au Royaume-Uni et en Allemagne

L'évolution des pratiques infirmières constitue la pierre angulaire de la réforme du *National Health Service* (NHS). Depuis le début des années 90, les médecins généralistes ont massivement eu recours à des infirmiers salariés pour remplir des missions de promotion de la santé et de suivi des pathologies, leur salaire étant pris en charge par les autorités locales à hauteur de 70 à 90 %.

Les infirmiers jouent aussi un rôle de diagnostic de premier niveau à travers des dispositifs comme le *NHS direct* (service téléphonique d'orientation des patients par des infirmiers) ou les *NHS walk-in-centers* qui sont ouverts tous les jours dans des endroits fréquentés et proposent des bilans infirmiers.

Plus généralement, une étude de l'OCDE³⁸⁶ montre que deux grands rôles sont dévolus aux infirmiers en « pratiques avancées ». Les infirmiers praticiens participent à l'offre de soins primaires en fournissant des services qui relèveraient autrement de l'activité des médecins (suivi de routine des patients atteints de maladies chroniques, prescription de médicaments ou d'exams, soins mineurs), comme aux États-Unis ou au Canada depuis le milieu des années 60. Les infirmiers cliniciens exercent généralement dans les hôpitaux pour encadrer le personnel infirmier et promouvoir la qualité des soins.

385. En particulier, Questions d'économie de la santé n°136, novembre 2008 et Études et résultats n° 873, février 2014.

386. M. Delamaire et G. Lafortune (2010), *Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés*, Éditions OCDE.

En matière d'évolution des pratiques, le système allemand se singularise par la place relativement faible des infirmiers dans les soins de ville et de proximité. Pour améliorer la qualité des soins et pallier la pénurie de temps médical, le développement d'un nouveau métier a été encouragé : les assistants médicaux. Après trois années de formation, ils réalisent, dans des cabinets de médecins, des tâches administratives et cliniques exigeant des compétences de base comme le retrait des fils après des points de suture ou des prises de sang. Les infirmiers, qui exercent essentiellement dans le cadre salarié de structures collectives, pratiquent surtout des actes de soins d'hygiène liés notamment à la prise en charge de la dépendance, à rebours du développement de « pratiques avancées ».

D'ores et déjà, le programme PRADO de retour à domicile de l'assurance maladie permet d'accompagner la réduction de la durée moyenne de séjour hospitalier afin d'améliorer l'efficacité de la dépense hospitalière en générant des économies et la qualité de la prise en charge globale des patients. Il repose sur l'intervention de conseillers de l'assurance maladie au cours du séjour en établissement pour anticiper les besoins du patient et sur l'adhésion volontaire des patients éligibles sous réserve de l'accord de l'équipe médicale. Par exemple, le PRADO orthopédie, généralisé en 2013, vise à remplacer, après une intervention orthopédique, le séjour en établissement de soins de suite et de réadaptation par un suivi - moins coûteux - par des infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes libéraux principalement, avec une possibilité d'accompagnement social.

Si l'évolution des rôles respectifs des auxiliaires médicaux et des médecins et le développement des coopérations peuvent contribuer à améliorer l'accès et la qualité des soins, les expérimentations doivent faire l'objet d'une évaluation rigoureuse de manière à s'assurer de la réalité des gains d'efficacité pour le système de soins et de l'effectivité des économies qu'elles peuvent dégager.

C - Une régulation globale à instaurer sur la base d'objectifs quantifiés

1 - Définir une politique de tarification et de rémunération structurante, répondant à l'évolution des besoins

Malgré un coût financier important pour l'assurance maladie (563 M€ pour les infirmiers et 319 M€ pour les masseurs-kinésithérapeutes après négociations entre 2007, année d'entrée en vigueur des nouvelles conventions et 2014), les revalorisations tarifaires ont été insuffisamment mises au service des objectifs de meilleure

répartition géographique des professionnels de santé libéraux, d'efficience de la dépense et de réorganisation des soins de proximité.

La mise en œuvre d'une politique tarifaire plus structurante et responsabilisante est nécessaire afin de davantage prendre en considération les besoins des patients, l'augmentation du nombre d'actes, ainsi que la nature précise des soins dispensés. Or, en dépit des initiatives de l'État et de l'assurance maladie pour diversifier les modes de rémunération, en particulier des médecins et des pharmaciens³⁸⁷, le système de rémunération des auxiliaires médicaux est resté particulièrement statique et fondé exclusivement sur le paiement à l'acte : seul le mode de rémunération des infirmiers a évolué, mais selon une logique purement additionnelle avec l'instauration en 2012 de la majoration de coordination infirmière (MCI) et de la majoration pour acte unique (MAU).

Ce système de rémunération rend plus difficile l'évolution des pratiques et des organisations pour la prise en charge des maladies chroniques et des pathologies liées à l'âge. À cet égard, il pourrait être envisagé de mettre en place, sur la base d'un panier de soins prédéfini, un forfait de base pour le traitement de certaines maladies chroniques. Ce nouveau mode de rémunération permettrait de répondre à la concentration des soins sur une minorité de patients (comme le diabète par exemple), de prévenir la superposition des actes facturés au titre des soins quotidiens prodigués à un même patient et de mieux prendre en compte la réalité d'une pluralité d'actes dispensés que la règle de la décote³⁸⁸. De même, pourrait être établi un forfait de prise en charge pour le maintien à domicile des personnes âgées, qui serait l'occasion de mieux différencier la réalisation effective de soins infirmiers d'actes d'hygiène relevant de l'aide au maintien à domicile.

387. Rémunération sur objectifs de santé publique pour les médecins et les pharmaciens, rémunération forfaitaire pour les patients classés en affection de longue durée pour les médecins.

388. Aux termes de la NGAP, pour les infirmiers, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues, lorsque plusieurs actes sont effectués au cours d'une même séance, l'acte au tarif le plus élevé est seul inscrit avec son coefficient propre, le deuxième acte est pris en compte à 50 % de son coefficient et les suivants ne donnent pas lieu à honoraires.

2 - Fixer et faire respecter un objectif impératif de maîtrise des dépenses

Malgré son dynamisme, la progression des dépenses d'auxiliaires médicaux en exercice libéral échappe aujourd'hui à toute régulation. À l'exception des objectifs de maîtrise médicalisée fixés pour les masseurs-kinésithérapeutes dont l'impact est toutefois extrêmement faible³⁸⁹, ces dépenses ne font l'objet d'aucune recherche d'économies ciblées, ni de gains d'efficacité. Les projections faites dans le cadre de l'ONDAM (+6,2 % pour les infirmiers et +4,1 % pour les masseurs-kinésithérapeutes en 2015) prolongent la tendance à la hausse des dépenses liées à l'activité des auxiliaires médicaux libéraux des années passées, très supérieure à celle du sous-objectif « soins de ville ».

Pourtant, un ralentissement de la croissance de ces dépenses aurait un impact important. Sur le total des dépenses remboursées en 2014 pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, une baisse d'un point du taux de croissance constaté aurait généré 100 M€ d'économies. Un taux de progression de 2,2 %, équivalent à celui de la moyenne des soins de ville retenu dans le cadre de l'ONDAM pour 2015, procurerait plus de 320 M€ d'économies.

Le caractère non soutenable des taux de croissance actuels au regard des déficits récurrents de l'assurance maladie et d'un ONDAM qui se resserre exige qu'une régulation efficace de la dépense soit mise en œuvre. Des objectifs quantifiés spécifiques, visant à réduire l'inflation des dépenses, pourraient ainsi être fixés au titre de l'activité des auxiliaires médicaux, leur réalisation devant ensuite être étroitement pilotée par l'État et par l'assurance maladie.

Pour être pleinement efficace, cet encadrement des dépenses devrait s'accompagner d'une responsabilisation accrue des prescripteurs et des dispensateurs de soins. À cette fin, il pourrait être envisagé d'instaurer un dispositif garantissant la maîtrise de l'évolution des remboursements à un niveau préfixé, sous la forme d'une enveloppe globale limitative déterminée *a priori*, dont le dépassement éventuel entraînerait un ajustement des tarifs unitaires à la baisse, un rééquilibrage s'opérant ainsi entre les volumes d'actes et leur prix. Un dispositif affiné,

389. 45 M€ en 2014 et 30 M€ en 2015. Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2015 indique qu'aucune économie n'a été réalisée en 2014 (taux de réalisation de l'objectif de maîtrise médicalisée de 0 %).

inspiré de celui mis en œuvre en Allemagne pour les médecins³⁹⁰, pourrait être instauré, reposant sur la définition d'une enveloppe de soins d'auxiliaires médicaux par médecin traitant, en fonction des caractéristiques de sa patientèle.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral jouent un rôle essentiel en matière de prévention, de traitement et d'accompagnement des patients, qui est appelé à croître à la mesure de la priorité donnée aux soins ambulatoires et des modes de prise en charge de la dépendance qui seront privilégiés.

Cependant, la croissance accélérée des dépenses liées aux soins dispensés par les infirmiers et par les masseurs-kinésithérapeutes, dont l'activité concentre la plus grande partie des enjeux financiers (+500 M€ par an, soit +6 % au cours des années récentes), n'est objectivée par aucune étude approfondie sur ses déterminants.

Les données disponibles mettent en évidence que la dynamique des dépenses ne découle pas uniquement, voire principalement, des facteurs objectifs que constituent le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques, mais est entretenue par celle de la démographie des professions concernées, du fait de quotas d'entrée en formation qui, après le passage aux 35 heures des établissements de santé, se sont stabilisés à un très haut niveau au lieu de décroître. Elle est soutenue aussi par des disparités considérables de répartition territoriale qui se creusent sans cesse davantage. L'évolution des dépenses liées aux soins dispensés par les infirmiers et par les masseurs-kinésithérapeutes ne fait toutefois l'objet d'aucune action réelle de maîtrise. Elle est subie avec une forme de résignation de la part de ceux qui ont la responsabilité de la réguler, alors même qu'elle est de moins en moins soutenable.

Un plan d'action complet devrait être mis en œuvre sans délai par les pouvoirs publics et par l'assurance maladie pour revenir au plus vite sur la tendance à l'échappement de la dépense. Pour être efficace, ce plan devrait prendre en compte les enjeux de régulation des professions médicales, dont la localisation géographique et les prescriptions conditionnent pour une grande part l'activité des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes, avec trois priorités concomitantes :

390. Voir chapitre XVI du présent rapport : les systèmes d'assurance maladie en France et en Allemagne, p. 589-634.

- *construire une véritable gestion du risque, quasi inexistante aujourd'hui, en intégrant à la fois prescripteurs et dispensateurs de soins pour être efficace et en s'appuyant sur des contrôles très substantiellement renforcés dont les constats de la Cour sur l'étendue des anomalies et des fraudes mettent en évidence l'absolue nécessité ;*
- *réorienter l'offre de soins au service des patients, en mettant un coup d'arrêt à la progression du nombre de professionnels, par la réduction et le redéploiement géographique des entrées en formation et en mettant en œuvre un conventionnement sélectif très renforcé dans les zones les plus denses afin de réduire les inégalités territoriales d'implantation ;*
- *réguler globalement la dépense, par la mise en place de forfaits pour certains types de prise en charge et par la fixation d'objectifs quantifiés d'évolution de la dépense pour les actes hors forfait, assortis de mécanismes de responsabilisation des prescripteurs et des dispensateurs de soins afin d'en assurer le respect.*

Dans cette perspective, la Cour formule les recommandations suivantes :

33. assurer une régulation rigoureuse du niveau global et de la répartition géographique de l'offre en réformant la procédure de fixation des quotas d'entrée en formation, en étendant et en durcissant la procédure de conventionnement sélectif dans les zones sur-dotées et en modulant la prise en charge des cotisations sociales selon le lieu d'installation ;

34. mettre en place une politique de gestion du risque, en analysant les déterminants de la dépense, en rénovant la nomenclature des actes professionnels, en déployant des actions de maîtrise médicalisée en direction à la fois des médecins prescripteurs et des auxiliaires médicaux, en renforçant les contrôles des caisses d'assurance maladie et en sanctionnant les pratiques fautives ;

35. définir des objectifs quantifiés d'évolution des dépenses ;

36. engager une réforme structurelle des modalités de rémunération par la définition de forfaits par patient pour la prise en charge de certains types de pathologies ;

37. instaurer une enveloppe de prescriptions par médecin en fonction des caractéristiques de sa patientèle et assortie de mécanismes de responsabilisation des prescripteurs et des dispensateurs de soins permettant d'en assurer le respect.

Chapitre X

L'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charge plus efficaces

PRÉSENTATION

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) constitue la forme la plus sévère de l'insuffisance rénale chronique (IRC), dégradation³⁹¹ des capacités de filtration des reins qui affecte selon les estimations disponibles trois millions de personnes³⁹².

Le risque d'évolution vers le stade terminal est faible dans l'absolu, mais les personnes qui ont atteint ce dernier sont tributaires de la réalisation d'une greffe d'organe ou de la mise en place d'un traitement de suppléance, la dialyse³⁹³. Environ 73 500 personnes sont atteintes d'IRCT³⁹⁴, dont 41 000 en dialyse et 32 500 transplantées.

Le coût de leur prise en charge s'élevait en 2013 à environ 3,8 Md€³⁹⁵, dont 3,1 pour la dialyse et 0,7 pour la greffe, intégralement financé par l'assurance maladie. Entre 2010 et 2012, il a crû de 4,9 % en rythme annuel, soit environ le double de la progression de l'ONDAM, sous l'effet pour l'essentiel de l'augmentation du nombre de patients.

Le coût annuel d'un patient, en moyenne de 44 880 €³⁹⁶, varie considérablement selon les modes de prise en charge : 14 700 € pour un porteur de greffon contre 65 091 € pour une personne dialysée³⁹⁸.

Les dépenses hospitalières représentent l'essentiel des coûts (68 % du total) devant les transports (18 %) et les médicaments (9 %) dont l'érythropoïétine (EPO) qui permet de lutter contre l'anémie dont souffrent la plupart des patients.

Cette pathologie, souvent liée au diabète, représente ainsi un enjeu de santé publique particulièrement lourd, tant par ses répercussions sur la

391. Son caractère asymptomatique a pour conséquence que la maladie peut rester non détectée jusqu'à un stade avancé.

392. Guide du parcours de soins Maladie rénale chronique de l'adulte, Haute Autorité de santé (HAS), 2012.

393. La dialyse est une méthode d'épuration du sang par mise en contact de ce dernier avec un liquide stérile au travers d'une membrane. En hémodialyse (HD), ce processus se passe à l'extérieur du corps et la membrane est artificielle. En dialyse péritonéale (DP), il s'effectue dans l'abdomen, le péritoine étant utilisé comme membrane.

394. Données Cour des comptes à partir du réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN). S'agissant du seul régime général, le nombre de patients s'élève à 71 000 (CNAMTS).

395. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2015, CNAMTS, juillet 2014.

396. Données CNAMTS pour 2013 sur le périmètre du régime général.

398. À quoi il convient d'ajouter, la première année, le coût de la greffe (75 270 €) elle-même (données CNAMTS pour 2013 sur le périmètre du régime général).

qualité de vie des patients que par son incidence sur les dépenses de l'assurance maladie.

La Cour a ainsi cherché à dresser un bilan des politiques conduites depuis une quinzaine d'années dans un domaine particulièrement complexe du fait des caractéristiques de cette pathologie et de ses traitements.

Elle a constaté que si les modalités de prise en charge s'étaient diversifiées, celles qui répondent le mieux à l'objectif d'amélioration de la qualité et de la durée de vie des patients tout en étant plus économes demeuraient insuffisamment développées (I). Les actions mises en œuvre ont de fait manqué de continuité et de cohérence (II). Conjuguer qualité de la prise en charge et maîtrise des coûts apparaît ainsi indispensable en redéfinissant en profondeur l'approche jusqu'ici suivie (III).

I - Des modalités de prise en charge diversifiées, mais inégalement développées

Données épidémiologiques sur l'insuffisance rénale chronique

La Haute Autorité de santé (HAS) distingue cinq niveaux de sévérité de la maladie rénale chronique, selon le débit de filtration glomérulaire (DFG) qui mesure la capacité des reins à épurer le sang. Supérieur à 90 chez les personnes en bonne santé, il se réduit progressivement sous l'effet de la maladie pour atteindre des niveaux nécessitant une prise en charge adaptée.

Tableau n° 74 : épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique à ses différents stades

Stade IRC	DFG	Population
Total	< 60	3 000 000
3A	45-59	2 000 00
3B	30-44	665 000
4	15-29	225 000
5 sans épuration extra-rénale	14-10	40 000
5 avec épuration extra-rénale	0-9	70 000

Source : Cour des comptes d'après la HAS (2012).

Malgré la stabilisation de l'incidence³⁹⁹ la prévalence de l'IRCT tend à croître du fait de l'allongement de la durée de vie des personnes au stade 5. L'épidémiologie de l'IRCT est, selon le Réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN), marquée par de fortes variations régionales : les régions de l'Ouest de la France, de la Basse-Normandie à

399. Les patients incidents sont les nouveaux patients de l'année alors que les patients prévalents sont l'intégralité des patients.

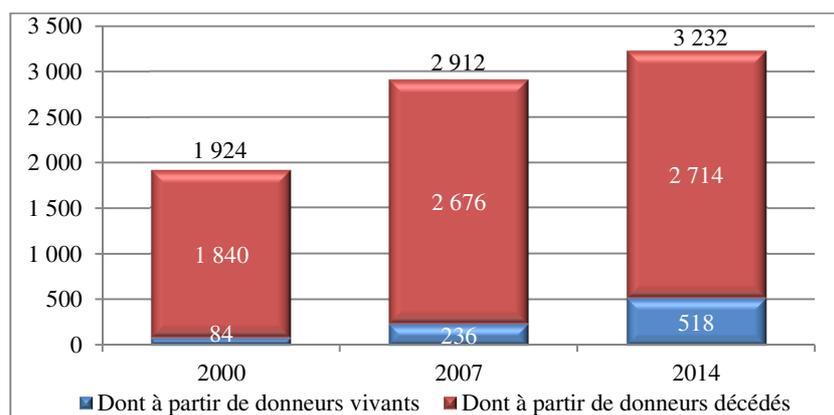
l'Aquitaine et l'Auvergne sont relativement moins touchées tant en prévalence qu'en incidence, tandis que les régions du Nord et de l'Est et l'Île-de-France le sont plus. Pour des raisons à la fois génétiques et comportementales, les départements d'outre-mer (DOM) et spécifiquement l'île de La Réunion le sont tout particulièrement (de 1,5 à 3 fois les taux nationaux)⁴⁰⁰.

A - La greffe : un recours croissant, mais encore insuffisant

La greffe de rein constitue la meilleure solution thérapeutique, notamment lorsqu'elle est réalisée à titre préemptif - c'est-à-dire avant qu'une dialyse ne soit entreprise - en raison de l'espérance et de la qualité de vie qu'elle offre. Elle est réalisée de manière prépondérante à partir de donneurs décédés mais aussi, de manière croissante, grâce au « don du vivant » par des personnes qui acceptent d'offrir un rein à un parent ou à un proche.

En 2000, 1 924 personnes avaient bénéficié d'une greffe rénale (dont 84 à partir de donneurs vivants)⁴⁰¹ alors que, dans le même temps, 7 000 personnes atteignaient le stade d'une insuffisance rénale terminale. Depuis lors, les transplantations rénales ont fortement progressé, comme le montre le graphique ci-après.

Graphique n° 32 : évolution du nombre et de l'origine des greffes rénales en France entre 2000 et 2014



Source : Agence de la biomédecine (ABM), graphique Cour des comptes.

400. Cour des comptes, *Rapport public thématique*, La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République, p. 37, juin 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

401. Agence de la biomédecine (ABM).

Malgré cette évolution positive, la France souffre encore d'une pénurie de reins : la liste d'attente comportait 10 736 personnes au 31 décembre 2013.

B - La dialyse : la prédominance des prises en charge en centre lourd

Les patients en insuffisance rénale terminale qui n'ont pas bénéficié d'une greffe sont pour l'essentiel hémodialysés dans des structures spécialisées, centres lourds et unités de dialyse médicalisées (UDM), trois fois par semaine.

Le régime juridique des modalités d'épuration extra-rénale

Des décrets n° 2002-1197 et n° 2002-1198 du 23 septembre 2002 relatifs à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui l'exercent, complétés par un arrêté du 25 avril 2005 relatif aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux dans ces établissements ont fixé les conditions d'implantation et de fonctionnement des quatre modalités possibles d'épuration extrarénale.

L'hémodialyse en centre prend principalement en charge les patients dont l'état de santé nécessite la présence permanente d'un médecin, au sein d'un établissement permettant l'hospitalisation. Le centre doit disposer d'au moins 8 postes de traitement (dont chacun ne peut servir plus de 3 patients par 24 heures), d'une équipe médicale d'au moins 2 néphrologues et d'un néphrologue supplémentaire par tranche de 8 postes au-delà de 15 ; un infirmier pour 4 patients et un aide-soignant pour 8 patients doivent être présents en permanence en cours de séance. Chaque poste a une superficie d'au moins 10 m². Les générateurs ne peuvent avoir plus de 7 ans, ni plus de 30 000 heures de fonctionnement (disposition commune aux quatre modalités d'épuration extra-rénale).

L'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM) prend en charge les patients nécessitant une présence médicale non continue ou ne souhaitant pas être pris en charge à domicile ou en unité d'autodialyse (cf. ci-dessous). Les postes doivent être au moins au nombre de 6 et chacun ne peut servir plus de 3 patients par 24 heures. L'équipe de néphrologues peut être commune avec celle d'un centre d'hémodialyse (cf. ci-dessus). Le personnel soignant doit être suffisant pour assurer la présence permanente d'un infirmier pour 4 patients, mais celle d'un aide-soignant n'est pas requise. Chaque poste doit mesurer au moins 8 m².

L'autodialyse peut être simple ou assistée. La première concerne les patients en mesure d'assurer eux-mêmes, après formation, tous les gestes de leur traitement ; la seconde désigne le traitement requérant la présence d'un infirmier pour certains gestes. Dans l'unité d'autodialyse, chaque poste doit mesurer au moins 7 m². Pour des raisons de sécurité, il ne peut y avoir qu'un patient par machine en autodialyse simple, deux en assistée (contre 6 en centre ou en UDM).

La dialyse à domicile, par hémodialyse ou par dialyse péritonéale nécessitent uniquement la présence d'une personne de l'entourage du patient pour lui prêter assistance.

Tableau n° 75 : évolution du nombre de patients en fonction des différents modes de dialyse entre 2004 et 2012

	2004	2012	Variation
Centres lourds	19 371	24 502	+26 %
Unités de dialyse médicalisée	1 207	6 821	+465 %
Unités d'autodialyse ⁴⁰²	7 289	8 318	+14 %
Dialyse péritonéale	3 600	3 696	+3 %
Hémodialyse à domicile	663	285	-57 %
Autres (dont entraînement)	1 046	1 222	+17 %
Total	33 176	44 844	+35 %

Source : SAE-(DREES), calculs Cour des comptes.

Les principales alternatives à la dialyse en centre - l'autodialyse et la dialyse péritonéale -, stagnent ou reculent. En 2012, elles ne concernaient plus respectivement que 19 % et 9 % des patients, contre 22 % et 11 % en 2004.

De fait, le développement des capacités de prise en charge en dialyse a été porté essentiellement par les structures les plus lourdes.

402. L'autodialyse simple concerne les patients en mesure d'assurer eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement (la pesée, la surveillance tensionnelle, la préparation du générateur de dialyse, le branchement et le débranchement du circuit de circulation extracorporelle et la mise en route de la désinfection automatisée du générateur en fin de séance). L'autodialyse assistée est offerte à des patients formés à l'hémodialyse, mais qui requièrent l'assistance d'un infirmier ou d'une infirmière pour certains gestes. Les unités d'autodialyse mettent à disposition moins de personnel que les autres structures de prise en charge, soit un infirmier pour huit patients (contre un pour quatre patients dans les centres et les unités de dialyse médicalisées) et aucun aide-soignant (contre un pour huit patients dans les centres).

Tableau n° 76 : évolution du nombre de structures de dialyse entre 2004 et 2012

	2004	2012	2012/2004
Centres	255	278	+9 %
Unités de dialyse médicalisées	23	157	+583 %
Unités d'autodialyse	115	124	+8 %

Source : SAE-(DREES), calculs Cour des comptes.

La forte croissance des unités de dialyse médicalisées ne s'est pas traduite par une couverture plus fine du territoire puisque ces structures sont pour la quasi-totalité d'entre elles adossées à des centres lourds.

Les établissements qui réalisent les dialyses relèvent de trois catégories : le secteur hospitalier public (160 établissements), le secteur privé à but lucratif (environ 126 établissements) et le secteur associatif, privé mais à but non lucratif ou ESPIC⁴⁰³ (57 établissements).

La spécialisation de certains établissements privés sans but lucratif dans la dialyse

Pour la plupart, il s'agit d'associations para-hospitalières créées, il y a une quarantaine d'années, à l'initiative le plus souvent de chefs de service de néphrologie des centres hospitalo-universitaires parce que la carte sanitaire, instaurée par la loi hospitalière du 31 décembre 1970, ne permettait pas de développer une activité hors centre en faveur d'une discipline alors considérée comme ambulatoire.

Elles se présentent comme des associations de patients mais, dans la composition de leurs conseils d'administration, les patients occupent une place généralement limitée, quand les néphrologues hospitaliers détiennent la quasi-totalité des sièges. Parfois, les directeurs d'établissements sont eux aussi représentés au sein de ces instances.

Les établissements privés non lucratifs prennent en charge 38 % des patients, les cliniques privées 32 % et les hôpitaux publics 29 %.

Depuis 2004, la part de ces derniers a reculé (-5 %), alors que celle des cliniques privées augmentait (+3 %⁴⁰⁴). Si les structures d'activité des hôpitaux publics et des cliniques privées sont très proches, centres et unités de dialyse médicalisées en représentant l'essentiel (plus de 80 %), le secteur privé non lucratif fait une place importante aux solutions alternatives, autodialyse (35 %) et dialyse péritonéale (16 %).

403. Établissements de santé privés d'intérêt collectif.

404. SAE-(DREES), calculs Cour des comptes.

Les coûts par patient varient fortement selon la technique, le lieu de prise en charge et la nécessité ou non d'une assistance. Très hospitaliers en hémodialyse, fortement impactés par les transports dans les solutions hors domicile des patients, ils sont caractérisés par l'importance des soins infirmiers pour la dialyse péritonéale continue assistée. Ils s'établissent ainsi à 53 028 € par an pour la dialyse péritonéale non assistée et à 87 036 € pour l'hémodialyse en centre lourd, à comparer à ceux de la greffe qui s'élèvent à 53 273 € l'année de la transplantation, puis seulement à 13 536 € les années suivantes⁴⁰⁵.

II - Des politiques publiques manquant de continuité et insuffisamment ambitieuses

Les considérations médicales et financières se rejoignent pour préconiser l'amélioration de l'accès à la greffe rénale et l'accroissement de la part de l'épuration extra-rénale à domicile. Bien que les développements de l'une et l'autre aient été de longue date identifiés comme des objectifs de politique publique, les résultats obtenus apparaissent limités.

Le programme d'action « insuffisance rénale chronique » 2002-2004 en sept points⁴⁰⁶ et le premier plan greffe (2000-2003) qui énonçait quatre objectifs⁴⁰⁷ n'ont été relayés que de manière partielle et différée par l'introduction d'un volet spécifiquement consacré à l'insuffisance rénale chronique terminale dans la « gestion du risque » à compter de 2010 et par la mise en œuvre d'un nouveau plan greffe en 2012. Ces différents cadres d'action n'ont permis de combler qu'une partie des retards français.

405. Évaluation médico-économique réalisée par la HAS en 2014, à l'exception du coût de la greffe au titre de l'année de la transplantation (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 2015).

406 . Mieux prévenir ; mieux connaître ; régionaliser et réorganiser l'offre ; promouvoir la qualité ; favoriser la réinsertion ; développer la recherche ; améliorer la situation démographique des néphrologues.

407. Augmenter le taux de prélèvement sur donneurs décédés ; favoriser la greffe rénale à partir du donneur vivant ; améliorer l'évaluation des résultats de greffe ; rendre plus équitable l'accès des personnes en IRCT à la greffe.

A - Des progrès limités dans la prévention de la maladie

1 - Une connaissance tardive de l'épidémiologie

Avant 2002, année qui a vu la création du Réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN), aucune information précise n'était disponible sur la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en France. En particulier, il n'était pas tenu de registre, alors qu'il en existait de longue date aux États-Unis et chez nos voisins européens qui avaient même constitué un registre européen des maladies rénales dont la France était absente, faute de données.

Alors qu'il était appelé à couvrir l'ensemble du territoire dès 2004, le registre REIN n'a cependant couvert toutes les régions qu'en 2013. Le choix d'un fondement conventionnel plutôt que réglementaire pour son établissement n'est pas étranger à ce constat. Il peut d'autant plus surprendre que les traitements de suppléance sont financés à près de 100 % par des ressources publiques.

En outre, les patients n'ont toujours pas accès aux informations qu'il comporte. Les données du registre REIN ne peuvent faire l'objet d'une externalisation qu'après une agrégation régionale, qui masque les données relatives à chaque établissement. Cette restriction semble avoir constitué une condition de l'adhésion des centres de dialyse et des néphrologues à la mise en place du registre. Elle contraste avec la transparence des données américaines qui font l'objet d'une publication par centre.

2 - Une détection et une prévention insuffisantes

Alors que le diagnostic est nécessairement biologique, l'évaluation de la fonction rénale reste insuffisamment intégrée dans les bilans biologiques de suivi des personnes présentant des risques particuliers, notamment celles atteintes de maladies cardio-vasculaires et de diabète. Ni les actions auprès des généralistes menées par l'assurance maladie, ni les recommandations émises par la HAS n'ont permis de faire progresser significativement le dépistage précoce de la pathologie. La proportion de patients diabétiques qui ont été diagnostiqués grâce à un dosage d'albuminurie⁴⁰⁸ demeure aux alentours de 30 % depuis au moins 2007.

408. L'augmentation de l'albumine dans les urines est la première manifestation décelable de la néphropathie diabétique.

La prévention, qui constituait pourtant le premier axe du programme d'actions 2002-2004, est restée elle aussi trop limitée pour permettre de réduire la prévalence de la maladie : selon les estimations disponibles, 30 700 personnes étaient sous dialyse mi-2003, 34 900 en 2007 et 39 600 en 2011, soit une progression annuelle de la prévalence d'environ 3 % par an, le nombre de personnes greffées ayant pour sa part crû un peu plus rapidement⁴⁰⁹. La stabilisation de son incidence, au reste observée dans de nombreux pays industrialisés, recouvre deux tendances contradictoires : baisse chez les personnes âgées de moins de 65 ans et hausse chez celles de plus de 75 ans.

La politique de gestion du risque menée par l'assurance maladie réitère des objectifs en matière de prévention du passage du patient au stade 5, mais les premiers résultats sont peu significatifs. La priorisation de cet enjeu est plus apparente qu'effective, comme l'atteste notamment l'absence de prise en compte d'un indicateur à ce titre dans le cadre de la rémunération des médecins sur objectifs de santé publique mise en œuvre par la CNAMTS⁴¹⁰.

La sensibilisation des médecins généralistes à partir de 2013 a concerné de fait l'insuffisance rénale chronique, plus que sa phase terminale et les seuls patients diabétiques, sans intégrer les patients hypertendus qui représentent pourtant une part équivalente de l'épidémiologie de cette pathologie. Les enquêtes réalisées lors de la préparation des « états généraux du rein » en 2012-2013 témoignent du caractère encore embryonnaire des actions portant sur les autres leviers que constituent l'amélioration de l'information des patients et la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique.

Les proportions élevées de démarrage de dialyses en urgence résultent fréquemment d'un dépistage insuffisant. Pourtant, aucun objectif chiffré visant à réduire la fréquence de ces situations n'a été fixé.

409. La croissance du nombre de greffes est d'environ 3,5 % par an et l'espérance de vie des transplantés est meilleure que celle des dialysés.

410. Ce complément de rémunération indépendant de la rémunération à l'acte est attribué aux médecins en fonction de certains indicateurs. Voir 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 : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense, p. 240-242, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

B - Des prises en charge perfectibles

Qu'il s'agisse de la greffe ou de la dialyse, le dispositif de prise en charge des patients atteints d'une insuffisance rénale chronique terminale conserve des marges importantes d'amélioration.

1 - Les progrès limités de la greffe

Alors que la greffe est, comme la HAS l'a rappelé à nouveau⁴¹¹, la stratégie la plus efficiente quels que soient l'âge et l'état de santé des patients, la France ne se situait qu'au 8^{ème} rang des pays développés en 2003, avec un retard particulier en ce qui concerne les donneurs vivants.

L'augmentation du nombre de sites autorisés à prélever, la mise en place de réseaux régionaux de prélèvements, la création de 120 postes de coordonnateurs de prélèvements dont 2/3 d'infirmières et 1/3 de médecins et la formation de ces derniers ont permis d'augmenter de 68 % le nombre de reins transplantés entre 2000 et 2014⁴¹². Mais l'essentiel de cette progression était acquis dès 2007 (+51 %).

Si des progrès remarquables ont été enregistrés en matière de donneurs décédés (la France occupe désormais le 4ème rang sur 16 pays développés), le « don du vivant » reste relativement faible (13ème sur 16 pays), malgré une forte progression des greffes issues de ces dons au cours de la période récente (+130% en cumul entre 2009 et 2014).

De ce fait, la performance globale de la France en nombre de transplantations rénales apparaît encore limitée. En 2013, elle se situe, selon l'Agence de biomédecine, au septième rang parmi les pays de l'Union européenne, la Norvège, la Suisse et les États-Unis. En 2014, le nombre de transplantations s'est cependant accru de 5 %, rejoignant ainsi l'objectif fixé par le plan greffe mis en place en 2012⁴¹³.

411 .Évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en France, HAS, octobre 2014.

412. ABM, calculs Cour des comptes.

413. Contre 2,5 % entre 2009 et 2012.

Des inégalités sociales et géographiques selon les modes de prise en charge

Le ratio national du nombre de personnes sur la liste d'attente de greffe de rein rapporté à celui des greffes réalisées est passé de 2,5 à plus de 3 entre 2000 et 2014. En effet, l'augmentation de la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale⁴¹⁶ a entraîné une dégradation des délais d'attente, malgré l'augmentation significative du nombre de greffes.

Ce constat se double d'inégalités sociales et géographiques dans l'accès aux soins.

Selon des données que les états généraux du rein ont récemment mises en lumière, les ouvriers représenteraient 8,7 % des greffés et 14,5 % des dialysés, quand les cadres moyens et supérieurs constitueraient 27,5 % des premiers et 19,3 % des seconds. De même, les personnes sans diplôme représenteraient 9,6 % des greffés et 25,1 % des dialysés quand les personnes titulaires d'un bac+2 ou plus constitueraient 39,6 % des premiers et 18,5 % des seconds.

De fortes disparités régionales peuvent également être constatées dans les modes de prise en charge. Ainsi, la dialyse péritonéale concerne moins de 2 % des patients en Aquitaine contre plus de 30 % en Franche-Comté, pour une moyenne nationale légèrement supérieure à 10 %. De même, l'inscription sur la liste nationale d'attente d'une greffe de rein, qui conditionne l'accès à la greffe, est de 63 % des dialysés en Franche-Comté, contre 30 % seulement dans le Nord-Pas-de-Calais ; la médiane des durées d'attente avant inscription est d'un peu plus d'un mois en Franche-Comté, mais de 11 mois à La Réunion et en Auvergne. Le ratio patients inscrits / dialysés de moins de 70 ans est d'environ 25 % en Guyane et à La Réunion, mais de 75 % en Île-de-France.

Ces inégalités n'ont pas reculé depuis 2004. Il n'a pas été remédié à des diversités de pratiques qui sont susceptibles de les renforcer. Notamment, en l'absence de recommandations de santé publique, les pratiques d'inscription sur la liste d'attente d'une greffe sont variables⁴¹⁷. La recommandation de bonne pratique clinique sur les indications médicales à la greffe de rein que prépare la HAS pour la fin de l'année 2015 apparaît, à cet égard, bienvenue.

416 . Sous l'effet conjoint d'une amélioration de l'espérance de vie et de l'augmentation des indications de greffes, autrefois réservées aux personnes âgées de moins de 60 ans non atteintes d'autres pathologies et aujourd'hui beaucoup plus ouvertes.

417. Les disparités d'une région à une autre peuvent, en partie, tenir au nombre et aux caractéristiques des insuffisants rénaux terminaux (âge et état de santé) entraînant des contre-indications de greffe.

Ces disparités mettent en question les organisations mises en place, tout particulièrement en ce qui concerne les prélèvements et transplantations d'organes. Elles soulèvent également la question de l'égalité de traitement dans l'attribution des greffons, dans un contexte de rareté, voire de pénurie.

Les règles d'attribution des greffons

Les priorités d'attribution sont définies par l'attribution à chaque patient d'un « score » qui intègre des critères objectifs inspirés par des considérations d'équité d'une part (durée de la présence sur la liste, durée de la dialyse) et d'efficacité d'autre part (différence d'âge entre donneur et receveur et histo-compatibilité entre ces derniers).

Cependant, la mise en œuvre à partir de 2004 de ce score a souffert de plusieurs limites. Les pondérations des critères différaient jusqu'en 2015 d'une inter-région à l'autre.

En outre, le score n'emporte l'attribution automatique de la greffe que pour une partie des greffons. Près de la moitié de ceux-ci y échappent parce qu'ils sont réservés à la région où ils ont été prélevés (pratique dite du « rein local »). Dans ce cas, le score n'est considéré que comme une aide à la décision médicale et l'équipe de transplantation garde la possibilité de déroger à la proposition d'attribution résultant du score au profit d'un autre receveur. Ces dérogations ne font pas l'objet d'un enregistrement obligatoire et leurs justifications ne sont pas documentées. Un tel dispositif tend ainsi à conforter les inégalités de chances, en rendant l'accès à la greffe tributaire de la géographie des accidents de la route ou des accidents cérébro-vasculaires.

Les règles d'attribution ont été revues début 2015, avec la mise en place d'un « score » désormais commun à toutes les régions, sans toutefois remettre en cause la pratique du « rein local ». Selon l'ABM, cette dernière s'appliquera à l'avenir à 45 % des prélèvements de reins, contre 46,5 % auparavant. Cette réduction de portée limitée consolide ce dispositif dérogatoire, au détriment des objectifs d'efficience et d'équité qui doivent guider les adaptations à apporter au dispositif de la greffe.

Les patients ne sont ainsi pas assurés que l'attribution des greffons se fasse systématiquement en fonction de considérations objectives, qu'il s'agisse des priorités d'affectation, comme au demeurant de la qualité des greffons qui leur sont proposés, l'information qui leur est donnée sur ce dernier point demeurant très lacunaire, alors que les critères d'éligibilité des reins transplantables se sont progressivement élargis.

2 - Une place toujours prépondérante des modalités les plus lourdes de dialyse

Les textes réglementaires de 2002 et 2005⁴¹⁸ relatifs à la dialyse avaient pour objectif de structurer l'offre de traitement en fonction de l'état des patients de manière à offrir à chacun d'eux des modalités adaptées à sa situation. Ils ont notamment eu pour objet de définir très précisément les conditions d'implantation et de fonctionnement des différents types de structures, de rationaliser les prises en charge et de favoriser le développement des alternatives aux centres lourds.

Auparavant, en effet, dans un contexte de pénurie, il n'était pas exceptionnel que des patients polypathologiques soient rejetés hors des structures lourdes par manque de place ou qu'au contraire des patients autonomes soient orientés dans des centres lourds pour des raisons d'équilibre financier des établissements de soins. L'hémodialyse était largement prépondérante (près de 80 % des patients) alors qu'on estimait, à l'instar de pays étrangers⁴¹⁹, que la dialyse péritonéale pratiquée au domicile aurait pu convenir à près de 40 % d'entre eux⁴²⁰.

Si les traitements en centres lourds ont effectivement légèrement reculé depuis lors, puisqu'ils sont passés, selon une enquête de la DREES, de 52 % à 50 % des patients entre 2004 et 2012, c'est essentiellement au profit des unités de dialyses médicalisées qui, comme déjà souligné, ne se distinguent pas véritablement des centres lourds.

La dialyse péritonéale, pourtant mise en avant dans le cadre du programme d'action 2002-2004 et la gestion du risque, ne s'est pas développée à hauteur de ce qui était attendu : malgré des objectifs ambitieux (19 % des patients incidents en 2018), elle a régressé depuis 2010. La HAS a au surplus récemment fait valoir⁴²¹ que ce mode de dialyse n'était pas le plus indiqué pour les patients de plus de 70 ans, qui représentent environ 50 % des patients incidents et prévalents.

418. Voir encadré *supra*.

419. Cette modalité de prise en charge concernait 48,4 % des patients dialysés en Nouvelle-Zélande, 28 % au Royaume-Uni et 24,6 % en Australie.

420. Enquête nationale sur le schéma régional d'organisation sanitaire de l'insuffisance rénale chronique terminale (SROS/IRCT), juin 2003, effectuée par la direction du service médical de la CNAMTS.

421. HAS, évaluation médico-économique, octobre 2014.

C - Une maîtrise insuffisante des coûts de la dialyse

1 - Une structure de tarifs défavorable au développement des alternatives à la dialyse en centre ou en unité de dialyse

Les modalités juridiques de fixation des tarifs

La tarification des séances de dialyse est fixée par un arrêté annuel du ministre chargé de la santé qui distingue 32 tarifs différents - 16 au titre des établissements publics et privés sans but lucratif, 16 au titre des établissements privés -, qui dépendent, outre du secteur de l'offre de soins concerné, des modalités des interventions et des caractéristiques des patients. La tarification des séjours hospitaliers par groupes homogènes de soins (GHS) se fonde sur une enquête par échantillon sur les coûts, échantillon très limité du fait du refus des structures à but lucratif de communiquer les données les concernant.

S'agissant des consultations et des actes techniques des néphrologues, les honoraires sont déterminés par la voie conventionnelle avec l'assurance maladie (convention médicale du 26 juillet 2011 pour les honoraires en vigueur).

L'estimation des coûts et la hiérarchisation des actes médicaux, qui se sont fondées sur des études de l'ATIH et de la CNAMTS, ont notamment conduit à des niveaux plus élevés qu'à l'étranger pour l'hémodialyse en centre.

Concernant les transports, les tarifs des ambulances et des véhicules sanitaires légers sont fixés par la voie conventionnelle (convention nationale organisant les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et l'assurance maladie du 26 décembre 2002), régulièrement revalorisés. Ceux des taxis le sont par des conventions départementales entre les organisations professionnelles et les caisses d'assurance maladie.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) a été chaotique en ce qui concerne la dialyse en raison, d'une part, du déploiement tardif du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans les structures privées qui exercent cette activité et, d'autre part, de leur faible participation à l'étude nationale des coûts, ce qui n'a pas facilité l'exercice de la régulation tarifaire.

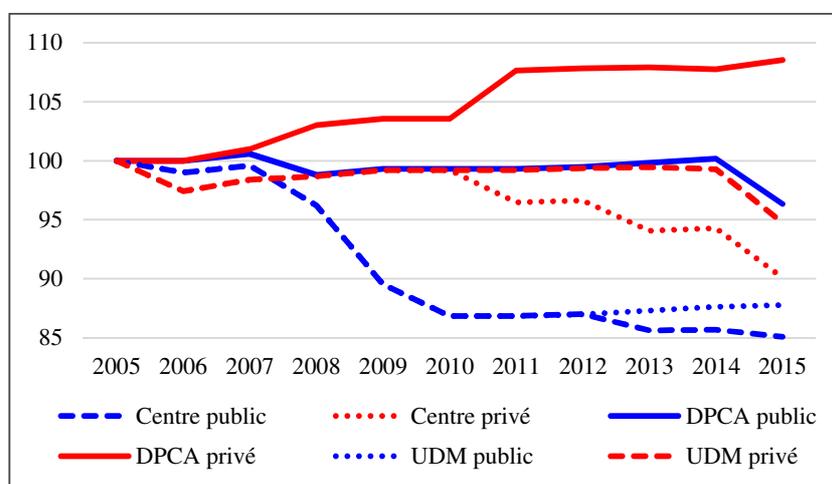
Dès lors, les tarifs ont simplement repris la moyenne des prix de journée antérieurs à la réforme, sans intégrer les progrès de productivité liés à l'informatisation et à la miniaturisation des matériels.

La structure de tarification des différents modes de prise en charge qui en a résulté s'est avérée très favorable à la dialyse en centre lourd. Elle a en revanche hypothéqué la rentabilité des solutions alternatives pour les établissements, ce qui explique, dans une certaine mesure, la

stagnation de celles-ci et la présence limitée du secteur privé lucratif sur ce segment.

Les pouvoirs publics n'ont entrepris de corriger ces défauts que très tardivement et très modestement, notamment pour les structures privées, comme le montre le graphique suivant portant sur les tarifs applicables aux structures publiques et aux structures privées.

Graphique n° 33 : évolution comparée des tarifs (en euros courants) d'hémodialyse en centre et en unité de dialyse médicalisée et de dialyse péritonéale continue ambulatoire (base 100 en 2005)



Source : ATIH, calculs Cour des comptes.

Si une baisse des tarifs des centres lourds et des unités de dialyse médicalisée du secteur public, réalisée pour l'essentiel entre 2007 et 2010, a permis une convergence tarifaire entre les deux secteurs public et privé jusqu'en 2014, les variations de tarifs à la hausse pour les modalités alternatives et à la baisse pour les centres ont été insuffisantes pour modifier significativement les niveaux de rentabilité comparée des différentes modalités de prises en charge.

La place de la dialyse dans l'activité des néphrologues : une incitation au statu quo des modes de prise en charge

La problématique de l'évolution démographique des néphrologues était, au début des années 2000, perçue comme un enjeu majeur de santé publique dans un contexte de croissance rapide de la prévalence de la maladie. Cette spécialité, considérée comme faiblement attractive du fait de l'importance des gardes et de la charge de travail, faisait état de difficultés de recrutement et prévoyait une pénurie à l'horizon 2010, le nombre de néphrologues dont il était prévu qu'ils fussent formés étant inférieur aux départs à la retraite jusque-là anticipés.

L'entrée en vigueur de la classification commune des actes médicaux (CCAM) qui s'est substituée à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) se traduit par une augmentation significative de la séance de dialyse dont le tarif passa alors de 33,60 € à 38,35 € (+14 %) avec un objectif final de 41,79 € (ensuite abandonné).

Cette revalorisation a rendu la spécialité financièrement très attractive à partir de 2005, comme en témoignent les données disponibles relatives aux bénéfices non commerciaux des médecins libéraux publiés par la caisse autonome de retraite des médecins de France : un peu plus de 126 000 € par an en 2010, derrière la cancérologie et l'anesthésie-réanimation, mais devant la radiologie, la biologie ou la cardiologie et très au-dessus de la moyenne des spécialités qui s'établit à 77 000 €. En atteste aussi l'amélioration continue, selon la DREES, du rang de cette spécialité dans les choix des étudiants aux épreuves classantes nationales : entre 2010 et 2013, le rang du premier classé l'ayant choisie est passé du 36^{ème} au 3^{ème} et le rang médian de la spécialité est passé du 920^{ème} au 754^{ème}, soit une progression de près de 170 places.

Or, près de 80 % des honoraires des néphrologues rémunèrent les séances de dialyse, pour l'essentiel réalisées en centre lourd : la plupart des malades ont trois séances de quatre heures chaque semaine, ce qui génère un revenu de près de 6 000 € par patient et par an pour le praticien présent. De fait, ce dernier n'est pas incité à orienter sa patientèle vers les alternatives possibles.

2 - La rentabilité exceptionnelle des structures lucratives : une manifestation de la déconnexion des tarifs par rapport aux coûts

Depuis dix ans, la marge brute d'exploitation⁴²² des structures spécialisées en dialyse a été en moyenne de 16 % (18 % en 2012) et leur rentabilité économique⁴²³ légèrement supérieure à 11 % (13 % en 2012),

422. Excédent brut d'exploitation / chiffre d'affaires.

423. Résultat net / chiffre d'affaires.

avec une progression au cours des années récentes. Pour 2012, le taux de marge⁴²⁴ peut être estimé à 40 %.

Ces niveaux de rentabilité sont très supérieurs à ceux réalisés par les cliniques privées⁴²⁵, alors même que l'activité de dialyse n'est pas sensible aux cycles économiques, qu'elle bénéficie d'une croissance continue, d'une régulation des installations et d'un financement presque exclusivement public procuré par l'assurance maladie.

Indépendamment de tout ajustement éventuel des coûts, une baisse de 10 % des tarifs ramènerait le taux de marge moyen sur la valeur ajoutée de 40 % à 18 % et la marge brute d'exploitation de 18 % à 9 % du chiffre d'affaires, soit des niveaux toujours très substantiels.

Sur un marché mondial très concentré, les principaux fournisseurs de consommables (dialysats, membranes) adaptent d'autant plus facilement leur politique de prix qu'ils connaissent parfaitement la réalité de l'exploitation (certains d'entre eux cumulent cette activité avec celle de dialyseur). Ainsi, les prix seraient en France, selon un groupe d'établissements de soins ayant exercé des activités dans les deux pays et selon un fournisseur de niveau mondial, le double de ceux pratiqués en Allemagne. L'atomisation de l'offre française de dialyse éclaire pour partie cet état de fait.

3 - Des frais annexes de transport particulièrement lourds

Les frais de transport des patients constituent également une part importante des dépenses liées à l'IRCT. Tous régimes d'assurance maladie confondus, les dépenses de transport prises en charge à ce titre s'élevaient en 2013 à 676 M€ sur un total de 4 Md€ de dépenses de transport, soit environ 17 % du total.

La plupart des patients effectuent plus de 300 déplacements par an pour un coût annuel supérieur à 12 000 €. Ceux relevant de la catégorie « marche autonome » utilisent de manière exclusive ou presque (à plus de 90 %) le service des taxis et des ambulances, comme le montre le tableau ci-après.

424. Excédent brut d'exploitation / valeur ajoutée.

425. En 2011, la rentabilité nette des établissements spécialisés dans la dialyse était de 15,9 % de leur chiffre d'affaires, contre 2,4 % pour les cliniques de médecine, chirurgie et obstétrique, de 2,9 % pour les cliniques de soins de suite et de réadaptation et de 5,8 % pour les cliniques psychiatriques.

Tableau n° 77 : autonomie des patients dialysés et mode de transport*En %*

	VSL/Taxi	Ambulance	Voiture particulière	Transports en commun	Autre
Marche autonome	80,15	11,52	6,23	0,96	1,13
Nécessité d'une tierce personne	38,67	59,78	0,67	0,03	0,85
Incapacité totale	15,01	83,33	0,65	0,14	0,86

Source : données ABM, calculs Cour des comptes.

Si 10 % des patients relevant de la catégorie « marche autonome » utilisaient les transports en commun, il en résulterait une économie d'environ 50 M€.

Des économies significatives devraient impérativement être recherchées sur ce poste. Plusieurs exemples étrangers indiquent la possibilité de coûts de transport moins élevés : en Belgique, les coûts de transport ne représentent ainsi que 2 % des dépenses de dialyse car ils sont indemnisés sur la base forfaitaire de 25 centimes du kilomètre, montant inchangé depuis 1985, s'ils ne sont pas effectués en transport en commun ; au Royaume-Uni, les coûts de transport moyens étaient, en 2005, d'environ 2 900 € en centre lourd et 2 300 € en unité de dialyse médicalisée, soit quatre fois moins qu'en France.

*

* *

Le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale apparaît au final nettement plus élevé en France qu'à l'étranger, comme le montrent les estimations suivantes.

Les modalités de prise en charge varient certes d'un pays à l'autre, selon, par exemple, que la socialisation est intégrale ou partielle comme aux États-Unis ou que le transport des malades aux lieux de traitement est plus ou moins pris en charge. On peut cependant comparer soit le prix des forfaits de trois séances par semaine, soit des coûts globaux de traitement des patients⁴²⁶.

426. Les comparaisons internationales en matière de dialyse sont d'interprétation délicate en raison de différences de périmètre (par exemple sur l'intégration de l'EPO dans les forfaits), de chronologie (années proches mais non-identiques) ou de situation des patients (état de santé et qualité de la prise en charge). Elles ne sont toutefois pas susceptibles de justifier l'importance des écarts de coûts constatés.

Si l'on s'en tient au cas d'un patient pris en charge en centre lourd par hémodialyse, les coûts de prise en charge dans trois pays voisins apparaissent substantiellement inférieurs à ceux constatés en France. L'écart de coût avec la France est à la fois important et général. Il est confirmé par les études disponibles en ce qui concerne le coût moyen des personnes dialysées, quelles que soient les modalités de traitement.

Tableau n° 78 : coût moyen de la dialyse dans trois pays européens rapporté à celui en France

En €

	France	Allemagne	Belgique	Royaume-Uni
Coût moyen de la séance d'hémodialyse en centre lourd	859 à 1 018 ⁴²⁷	496	592	547
<i>Coût moyen rapporté à celui de la France</i>	-	58 %	69 %	64 %
Coût moyen par patient dialysé par an	62 610	40 000	45 800	28 278
<i>Coût moyen rapporté à celui de la France</i>	-	64 %	73 %	45 %

Source : Cour des comptes d'après l'Association allemande des dialyseurs et la Société allemande de néphrologie pour l'Allemagne, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé pour la Belgique, le NHS et le NICE pour le Royaume-Uni et la HAS et l'ATIH pour la France ; toutes années postérieures à 2010.

Ces différences de coûts ne se traduisent pas par des différences de qualité des traitements ou d'espérance de vie objectivées⁴²⁸. Elles mettent en lumière l'ampleur des marges de progression pour une prise en charge plus efficiente de cette pathologie.

427. Selon le secteur privé lucratif ou le secteur public.

428. Dès lors que l'incidence de la dialyse se stabilise, ce qui est la situation de la plupart des pays industrialisés, le rapport de la prévalence à celle-ci donne une mesure approximative de l'espérance de vie moyenne d'une personne dialysée. À cet égard la situation française est médiane entre les pays d'Europe du Nord et ceux de l'Europe du Sud selon les données du rapport 2012 de l'ERA-EDTA (*European renal association-European dialysis and transplant association*).

III - Conjuguer qualité de la prise en charge et maîtrise des coûts

La relance des politiques publiques en matière d'insuffisance rénale, avec, à partir de 2010, la mise en œuvre de la gestion du risque dont elle constitue l'une des cinq priorités communes à l'État et à l'assurance maladie et le lancement en 2012 d'un nouveau plan greffe ont, à ce jour, produit des résultats décevants, comme on l'a vu précédemment. Par ailleurs, les objectifs d'économie qui avaient été affichés (100 M€ pour 2011) n'ont pas même été suivis.

Pourtant, l'amélioration de la qualité des traitements n'est pas antagoniste d'une rationalisation de la dépense.

A - Rééquilibrer l'effort financier en faveur de la prévention

Retarder la progression de la maladie rénale chronique vers le stade terminal, améliorer sa détection et sa prise en charge aux phases les plus précoces pour en réduire les complications doit constituer à tous égards un objectif prioritaire de santé publique, tout particulièrement dans les populations à risques (patients diabétiques, personnes hypertendues notamment).

La détection par les médecins traitants de cette pathologie et l'adressage par ces derniers des patients insuffisants rénaux à un néphrologue sont à améliorer très fortement, d'autant que des recommandations ont désormais été élaborées par les sociétés savantes et la Haute Autorité de santé. De fait, le nombre de consultations données par les néphrologues devrait, si les recommandations de la Haute Autorité de santé étaient suivies, être significativement supérieur à celui constaté.

Certes, cette insuffisance est favorisée par le caractère asymptomatique de l'insuffisance rénale chronique avant le stade 5. Mais la répartition de la rémunération des praticiens entre les différentes catégories de patients n'incite pas assez à une prise en charge précoce des stades préalables à l'insuffisance terminale.

Par ailleurs, les entrées en dialyse s'élargissent à des patients dont la fonction rénale résiduelle est relativement meilleure, alors qu'il n'a pas

été démontré de corrélation positive entre le niveau de celle-ci lors de la mise en dialyse et la durée de vie⁴²⁹.

Compte tenu de l'enjeu que représente le développement de la prévention dans la pratique médicale, le redéploiement d'une partie des rémunérations attribuées à l'occasion des séances de dialyse en centre vers la prise en charge des patients n'ayant pas atteint le stade de l'insuffisance terminale pourrait être envisagé. Du temps de praticien pourrait être dégagé afin d'intensifier le suivi par les néphrologues des malades de stade 4, notamment parce que les interventions effectives des médecins en cours de séance de dialyse peuvent être assez peu fréquentes en cas de stabilité de l'état de santé des patients. En outre, pourrait être expérimentée une rémunération fondée sur le nombre de patients de type 4 de chaque praticien et non plus seulement sur le nombre d'actes.

À ce titre, l'instauration d'un dispositif de néphrologue traitant percevant un montant par malade pris en charge, par exemple à partir du stade 4, pourrait apparaître de nature à mieux favoriser la prévention de l'insuffisance rénale chronique terminale comme l'autonomie des patients. Prenant en compte l'état des malades plus que leurs modalités de traitement, elle permettrait de réduire les phénomènes de « rente » liés à la stabilité de l'état de santé de nombreux patients pour lesquels l'intervention du néphrologue pendant la séance de dialyse est extrêmement réduite.

B - Donner une nouvelle impulsion à la greffe

1 - Augmenter significativement les prélèvements sur donneurs décédés

Principale source des transplantations rénales avec près de 90 % de celles-ci, les greffes réalisées à partir de donneurs décédés disposent encore d'une importante marge de progression.

429. Une seule étude fondée sur un échantillon aléatoire et contrôlé a comparé la survie de deux populations de patients, l'une ayant débuté la dialyse de façon précoce, l'autre l'ayant débuté tardivement. Elle n'a pas fait apparaître de différence de survie à sept ans entre les deux groupes. IDEAL, Cooper et al., NEJM 2010.

a) Améliorer le recensement des donneurs potentiels

La France a mis en place par l'intermédiaire de l'agence de la biomédecine, un système de recensement et de prélèvement parmi les plus efficaces. Elle est, selon les données collectées par l'association européenne des spécialistes du rein⁴³⁰, le pays dans lequel le taux de donneurs de rein décédés a le plus progressé puisqu'il est passé entre 2003 et 2012 de 32,5 par million d'habitants à 42,3, comblant ainsi l'essentiel de l'écart par rapport à l'Espagne et à la Belgique.

Il existait encore en effet en 2014, selon l'ABM, huit départements (Alpes de Haute-Provence, Ariège, Creuse, Eure, Jura, Lozère, Haute-Marne et Haute-Saône) dans lesquels aucun prélèvement n'était effectué, dont la moitié parce qu'il n'y avait pas de centre de prélèvement autorisé. Les comparaisons interrégionales font apparaître par ailleurs de grands écarts : le taux de donneurs prélevés par million d'habitants varie ainsi de 12,3 en Martinique à 39,9 en Limousin (moyenne 24,7), tandis que le taux pour 1 000 décès hospitaliers va de 2,9 en Corse à 10,3 à La Réunion (moyenne 5,7), soit des rapports de 1 à un peu plus de 3.

Les montants des différentes recettes hospitalières pour les activités de transplantation (forfait annuel de coordination de prélèvements d'organes, forfait annuel greffe, GHM/GHS séjour de greffe) ont été aménagés pour permettre la prise en charge de machines à perfuser. Comme il n'est pas exigé d'activité minimale de prélèvement pour pouvoir prétendre au premier forfait, ni même d'emploi effectif d'un coordonnateur, ces recettes sont susceptibles de ne pas être effectivement affectées au développement de cette activité.

b) Favoriser l'augmentation du taux de consentement

Les reins représentent 60 % du total des dons d'organes.

Depuis 1976, la loi dispose que lorsqu'une personne est décédée, il peut être procédé au prélèvement de ses organes dès lors qu'elle ne l'a pas refusé de son vivant. Souvent, le défunt n'aura toutefois pas exprimé sa volonté de manière incontestable dans le registre national des refus⁴³¹.

430. *European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA)*.

431. Au 31 décembre 2013, le registre ne comptait que 89 817 oppositions valides.

De facto, ce sont ses proches qui, consultés, décident du don d'organes. Environ 40 % des familles s'y refusent⁴³².

Les taux de refus varient fortement d'une région à une autre, selon l'ABM, s'échelonnant de 20,4 % en Franche-Comté à 52,6 % en Martinique, pour une moyenne nationale de 33 % des donneurs recensés.

Cette dernière est stable à moyen terme malgré l'instauration d'une information obligatoire à destination des jeunes à l'occasion des journées « défense et citoyenneté » et la réalisation de coûteuses campagnes de communication par l'ABM (2,5 M€ par an⁴³³). Ces campagnes⁴³⁴ s'adressent par la voie de médias audiovisuels à un très large public alors que le don sur personnes décédées n'en concerne que 5 000 chaque année.

Il serait sans doute pertinent de réorienter une partie de ces ressources vers le moment crucial que constitue l'entretien avec les familles, en prévoyant qu'il soit réalisé dans des locaux appropriés par des personnels dont la formation pourrait être renforcée.

Les résultats obtenus en la matière par l'Espagne, où le taux de refus est moitié moindre, pourraient au demeurant inspirer le cas échéant certaines évolutions comme la généralisation, dans le respect vigilant de l'éthique du don et de sa gratuité, de la prise en charge de certains frais en cas de don, ou la revalorisation du poste de coordonnateur hospitalier (principalement occupé par des médecins en Espagne alors qu'il l'est surtout par des infirmier(e)s en France).

L'impact d'une division par deux du nombre de refus, c'est-à-dire de l'alignement des situations française et espagnole, serait, sur le nombre de donneurs potentiels recensés en 2013, d'environ 450 donneurs, soit jusqu'à 900 reins annuels supplémentaires.

432. En sa version adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale, le projet de loi relatif à la modernisation de notre système de santé prévoit que le don n'est exclu que si une personne majeure n'a pas fait connaître de son vivant son refus d'un tel prélèvement, principalement par l'inscription sur un registre national automatisé ayant cet objet.

433. Auxquels s'ajoutent, depuis 2013, 800 000 € supplémentaires pour encourager le don du vivant (« Donner un rein de son vivant peut concerner chacun »).

434. Avec les messages suivants : « Don d'organes. Pour sauver des vies, il faut l'avoir dit » suivi de « Don d'organes. Vous avez fait votre choix. Dites le simplement à vos proches. Maintenant ».

c) Recourir à l'ensemble des possibilités légales de prélèvement

Les personnes en arrêt cardiaque irréversible après qu'il a été mis fin aux mesures de réanimation sont classées en quatre catégories⁴³⁵. Parmi elles, trois seulement sont aujourd'hui prises en considération en France pour le prélèvement de greffons, malgré l'élargissement par la loi, en 2005, du périmètre des donneurs décédés des personnes en état de mort encéphalique à certaines personnes en arrêt circulatoire dans le cadre de protocoles édictés par l'ABM.

En effet, l'agence n'a défini que tardivement les règles à appliquer en matière de prélèvement sur des personnes pour lesquelles une décision d'arrêt de soins en réanimation est prise en raison de leur pronostic (dites « Maastricht III »), eu égard à la sensibilité du sujet. Alors qu'ils représentent une part importante des greffons issus de personnes décédées à l'étranger (plus de 40 % au Royaume-Uni) et seraient susceptibles de procurer un millier de greffons supplémentaires par an, ces prélèvements « à cœur arrêté » ne représentent encore qu'une part minime des prélèvements sur des personnes décédées⁴³⁶.

Pour l'essentiel (près de 97 % en 2013), ces derniers restent pratiqués sur des personnes décédées en mort encéphalique, dans un contexte toutefois de stabilisation de l'accidentalité routière et d'amélioration de la prise en charge des accidents vasculaires-cérébraux qui en diminue le nombre.

435. Cette classification distingue :

- les personnes qui font un arrêt cardiaque en dehors de tout contexte de prise en charge médicalisée et pour lesquelles le prélèvement d'organes ne pourra être envisagé que si la mise en œuvre de gestes de réanimation de qualité a été réalisée moins de 30 minutes après l'arrêt cardiaque (« Maastricht I ») ;
- les personnes qui font un arrêt cardiaque en présence de secours qualifiés, aptes à réaliser un massage cardiaque et une ventilation mécanique efficaces, mais dont la réanimation ne permettra pas une récupération hémodynamique (« Maastricht II ») ;
- les personnes pour lesquelles une décision d'un arrêt de soins en réanimation est prise en raison de leur pronostic (« Maastricht III ») ;
- et les personnes décédées en mort encéphalique qui font un arrêt cardiaque irréversible au cours de la prise en charge en réanimation (« Maastricht IV »).

436. Un établissement a été autorisé en 2014 à s'engager dans cette démarche. À fin mars 2015, trois greffes avaient été réalisées à ce titre.

2 - Développer les transplantations à partir de donneurs vivants

a) Favoriser les dons de reins aux patients

Le nombre potentiel de reins provenant de donneurs vivants est beaucoup plus important que celui procuré par des donneurs décédés puisque tous les membres de la famille et tous les proches des patients sont susceptibles de s'y prêter.

Pourtant, le « don du vivant » est aujourd'hui encore faible malgré sa progression de 4,3 % à 16 % de l'ensemble des greffons entre 2000 et 2014. Il est de fait, en France, beaucoup plus encadré qu'à l'étranger. Ainsi la loi, malgré des élargissements progressifs (des ascendants et descendants directs aux collatéraux simples et aux alliés et à toute personne apportant la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans avec le receveur en 2004, enfin à toute personne pouvant apporter la preuve d'un lien affectif étroit et stable depuis au moins deux ans avec le receveur en 2011), exclut-elle toujours, pour prévenir tout risque de trafic, le don altruiste par une personne non liée qui est assez généralement admis à l'étranger.

Les textes limitent également à deux couples « donneur/receveur » les possibilités de dons croisés, qui permettent de surmonter les incompatibilités sanguines ou tissulaires, alors que le chaînage, qui consiste à apparier sans limitation les paires compatibles⁴³⁷, permet aux États-Unis comme aux Pays-Bas d'en apparier plusieurs dizaines. De ce fait, les catégories de donneurs introduites en 2011 ne représentaient encore que 5 % des donneurs vivants en 2013 (22 personnes).

Gratuité et greffe de rein

Le commerce d'organes représenterait 5 % à 10 % des reins transplantés dans le monde, soit de 3 500 à 7 000 par an. Son illicéité dans la plupart des pays a pour corollaire une forte opacité sur ce qu'il peut représenter. Ces reins seraient de piètre qualité et la santé des donneurs, souvent mauvaise au préalable, se détériorerait après coup.

437. Soit des couples donneur/receveur A/A', B/B', C/C' etc., le chaînage consiste en ce qu'un donneur A donne à un receveur B' dont le donneur B donne à un receveur C' dont le donneur C donne à un receveur D' etc.

En France, le principe d'extra patrimonialité du corps humain est consacré de manière expresse par le code civil qui dispose : « le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'aucun droit patrimonial [...] les conventions ayant pour effet de conférer une valeur patrimoniale au corps humain, à ses éléments ou à ses produits sont nulles [...] aucune rémunération ne peut être allouée à celui qui se prête à une expérimentation sur sa personne, au prélèvement d'éléments de son corps ou à la collecte de produits de celui-ci ».

Le code de la santé publique étend cette exigence de gratuité aux professionnels de santé, qu'ils prélèvent des organes ou les transplantent : ils ne peuvent recevoir de rémunération spécifique à cette occasion. Bien que culturellement proche, l'Espagne a adopté des principes différents, les coordonnateurs de prélèvement étant notamment financièrement intéressés à l'activité.

b) Développer les greffes préemptives avant dialyse

Comme en matière de donneurs décédés, les campagnes de communication destinées au « grand public », insuffisamment ciblées, n'ont pas fait la démonstration de leur efficacité.

Cela est d'autant plus singulier qu'il est possible de contacter chacun des donneurs potentiels par l'entremise des néphrologues qui les suivent et qui sont particulièrement à même de favoriser les greffes préemptives, pour lesquelles la survie du greffon est significativement meilleure que celle des greffes réalisées après une période de dialyse (la durée de la dialyse impactant négativement la survie du greffon). C'est vers ces cibles que les actions de promotion devraient par priorité être dirigées.

*

* *

La réalisation de 6 000 greffes annuelles de rein permettrait de mettre fin aux listes d'attente. Un objectif de cette nature pourrait être réalisé à moyen terme à cadre juridique constant en mettant en œuvre une politique plus active de prélèvement (augmentation des prélèvements sur les donneurs décédés et les donneurs vivants, amélioration du recensement et renforcement des coordinations hospitalières et des équipes de greffe).

C - Dialyse : rechercher une plus grande efficience

1 - Substituer des objectifs de qualité à des obligations de moyens

Dans un environnement marqué par le recul des tarifs (en euros constants) et une forte croissance du nombre de patients traités, due à l'augmentation de la prévalence et à celle de leur part de marché, les dialyseurs privés ont préservé leur rentabilité.

Ce résultat a essentiellement reposé sur la compression des achats consommés, passés de 22 % à 18 % du chiffre d'affaires sur la période 2004-2012. En revanche, les frais de personnel comme les amortissements ont progressé au même rythme que le chiffre d'affaires. Des règles inchangées depuis 2002 fixent très précisément pour les centres lourds et les unités de dialyse médicalisées des ratios minimum de personnel (notamment la présence permanente d'un médecin pour huit patients), de surface au sol par poste de dialyse et les durées d'utilisation des matériels. Leur instauration a apporté des progrès indéniables dans la prise en charge des patients dialysés. Cependant, la technologie a beaucoup évolué depuis lors, dans le sens notamment de la miniaturisation et de l'ergonomie des branchements pour les soignants.

D'autres contraintes, comme, par exemple, l'interdiction de réaliser plus de deux séances quotidiennes par générateur en unité d'autodialyse, n'ont pas seulement pour effet de renchérir les coûts des dialyseurs, mais aussi de conduire les patients à préférer les centres et les unités de dialyse médicalisées en raison des contraintes d'utilisation induites.

Si étaient substitués à ces contraintes de moyens des objectifs de qualité et de sécurité des soins mesurés par des indicateurs disponibles désormais pour l'hémodialyse en centre et en unité de dialyse médicalisée (IPAQSS⁴³⁸ définis et mesurés par la HAS), il deviendrait alors possible d'y associer des tarifs fonction des résultats enregistrés pour ces derniers⁴³⁹. La recherche de l'efficience de la prise en charge des patients dialysés s'en trouverait favorisée. À titre d'illustration, le bien-fondé du maintien de l'obligation de présence permanente d'un médecin pour huit patients sous dialyse pourrait être ainsi réexaminé. De même, une réflexion pourrait s'engager sur un maillage-cible de structures

438. Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

439. Un tarif indépendant des modalités techniques mais modulé en fonction de la qualité des soins est pratiqué en Allemagne et aux États-Unis.

susceptibles de diminuer les distances parcourues par les patients et d'améliorer ainsi la qualité de vie de ces derniers.

2 - Passer d'une logique d'offre à une logique d'efficience de la prise en charge

a) Unifier les tarifs de la dialyse

L'unification des tarifs pratiqués par l'assurance maladie, indépendamment des modalités de prise en charge, présenterait l'avantage d'améliorer la rentabilité, aujourd'hui très incertaine, des différents types de dialyse à domicile. À titre d'illustration, un forfait hebdomadaire fixé à 700 € pour les établissements à but lucratif et à 785 € pour ceux, publics et privés, sans but lucratif se traduirait par une réduction du prix des séances en centres et une revalorisation des dialyses à domicile, tout en permettant de réaliser une économie brute de 15 % sur le coût global des séances, soit environ 300 M€. Néanmoins, il serait justifié d'instituer un supplément tarifaire pour les patients lourds ou instables, dès lors que l'on parviendrait à les caractériser.

Ce tarif unique par secteur (établissements publics et privés sans but lucratif / établissements privés à but lucratif) se substituerait avantageusement aux 16 tarifs en vigueur au titre de chaque secteur. Il pourrait également, à l'image de ce qui a été réalisé en 2014 en ce qui concerne les consommations d'EPO⁴⁴⁰, inclure, pour des montants à déterminer en fonction des dépenses actuelles, toutes les autres prestations complémentaires : examens et suppléments pharmaceutiques sous réserve de l'élaboration d'un référentiel de prescription et frais de transports. La responsabilité de contracter avec les prestataires (taxis, véhicules sanitaires légers etc.) serait ainsi confiée aux dialyseurs auxquels il appartiendrait de définir des normes minimales de qualité dans le cadre de l'élaboration d'un cahier des charges leur permettant un appel à la concurrence.

b) Concentrer progressivement l'activité sur les établissements les plus efficaces

Comme il a été indiqué, l'essentiel de l'activité des hôpitaux publics et établissements privés à but lucratif est concentrée sur les solutions lourdes de prise en charge, tandis que celle des établissements

440. Cette molécule était facturée à part.

privés à but non lucratif s'orientent pour moitié vers des solutions alternatives (dialyse péritonéale et autodialyse).

Cette spécialisation des structures par mode de prise en charge est préjudiciable à l'orientation des malades en fonction de leur état. Elle tend à concentrer leur prise en charge sur les modes les plus lourds et les établissements les plus coûteux.

Le nombre de patients par appareil, celui des heures hebdomadaires de fonctionnement ainsi que celui des séances réalisées par appareil apparaissent supérieurs dans les structures lucratives par rapport aux hôpitaux publics (respectivement de +7 %, de +8,5 % et de +21 %). Ces écarts ne procèdent ni d'un état de santé plus dégradé des patients, ni d'une qualité inférieure des prestations. Le niveau des indicateurs IPAQSS est généralement plus élevé dans les structures lucratives que dans le secteur public et proche de celui des ESPIC, dont la patientèle est moins lourdement atteinte que celle des deux autres secteurs. Il en est de même des taux d'inscription sur liste de greffe. La qualité des traitements délivrés dans les structures privées à but lucratif n'apparaît donc pas moindre, en moyenne, que celle des autres secteurs.

De même, selon les travaux effectués par la Cour à partir des données du registre REIN, la lourdeur des prises en charge assurées par le secteur public et le secteur privé lucratif n'apparaît pas significativement différente et, en tous cas, pas de nature à justifier les écarts de productivité précédemment relevés, quel que soit l'indicateur utilisé pour la mesurer (âge des patients, nombre de comorbidités⁴⁴¹ ou degré d'autonomie).

Au-delà des phases de démarrage de la dialyse et du traitement des insuffisances aiguës ou du repli, l'intervention des centres hospitaliers dans la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique n'apporte pas aux patients d'avantage relatif justifiant des coûts élevés. Le traitement de l'IRCT par dialyse à l'hôpital a correspondu à une phase de montée en puissance des besoins auxquels il convenait de faire face. Sauf exception et comme l'Allemagne en a fait le constat et tiré les conséquences, il n'est plus adapté à une phase de maturité, où les besoins sont couverts sur un plan quantitatif, sinon qualitatif. Le nécessaire rapprochement des tarifs français par rapport aux standards prévalant à l'étranger pourrait donc sans inconvénient majeur contribuer à réorienter l'activité de dialyse vers les établissements les plus efficaces et à recentrer progressivement l'hôpital public sur ses autres missions.

441. Présence d'un ou de plusieurs troubles associés à une pathologie principale.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Un décalage marqué se constate toujours malgré certains progrès entre les objectifs qui ont été à juste titre et de longue date, assignés à la politique publique en matière d'insuffisance rénale chronique terminale, à savoir le développement de la prévention, la progression de la greffe et la priorité à apporter à l'épuration à domicile et les résultats obtenus. Ces insuffisances ont pour conséquence des coûts de prise en charge très sensiblement plus élevés que chez nos voisins et une adaptation insuffisante aux attentes des patients en termes de qualité de vie comme de bonne adaptation des traitements à leur situation spécifique.

L'épuration extra-rénale s'effectue de fait toujours principalement dans les structures les plus onéreuses et recourt le plus souvent aux procédés les plus coûteux, lesquels ne sont pas toujours les mieux adaptés aux besoins des patients (hémodialyse en centre lourd ou en unité de dialyse médicalisée). Les modalités qui favorisent une meilleure qualité de vie ne sont pas assez développées (unités d'auto-dialyse et dialyse péritonéale). Bien que réitérés, les objectifs de prévention accrue du passage des patients au stade terminal de l'insuffisance rénale et de prise en charge graduée de ces derniers en fonction de leur état de santé demeurent largement à concrétiser, en utilisant en particulier plus fortement à cette fin l'instrument tarifaire et en substituant à une logique de moyens des objectifs de qualité des soins de manière à favoriser des progrès d'efficience et de qualité.

Si le nombre de greffes de reins a fortement augmenté, la liste des patients en attente d'une greffe continue de progresser. Afin de rejoindre le niveau des pays les plus performants à cet égard, il convient, à cadre législatif inchangé, d'accélérer, après que toutes les précautions ont été prises, le développement des prélèvements sur les personnes décédées relevant de la catégorie Maastricht III (arrêt de soins en réanimation en raison du pronostic).

Le futur plan greffe qui devrait en 2016 prendre le relais de celui mis en œuvre depuis 2012 devrait en constituer le vecteur. Il devrait exprimer une volonté plus ferme en matière d'harmonisation des pratiques d'inscription des patients sur les listes d'attente, de progression des prélèvements, notamment en procédant, s'agissant du « don du vivant », à une évaluation du chaînage des dons croisés et du don altruiste anonyme et de clarté et d'équité dans l'attribution des greffons en redéfinissant les conditions d'attribution des reins aux patients en attente de greffe.

La mise en œuvre de ces orientations permettrait une amélioration très significative de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale au bénéfice d'abord de la qualité de vie et de l'autonomie des

patients. Elle autoriserait aussi une réduction à moyen terme de l'ordre d'un quart du coût moyen de cette prise en charge par patient, soit environ 900 M€ au total, ce qui alignerait le coût de celle-ci sur celui constaté à l'étranger.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

38. substituer aux différents forfaits de rémunération en vigueur un tarif unique par patient dialysé, comportant des majorations et minorations en fonction notamment de l'état du patient (âge, autonomie, polyopathologies, stabilité de la situation de santé) et des résultats des traitements (en utilisant les indicateurs développés par la HAS) et y intégrer les frais de transport, les examens biologiques et les suppléments nutritionnelles destinées à remédier aux carences liées au traitement ;

39. réduire significativement les tarifs des séances de dialyse en centres lourds et en unités de dialyse médicalisée afin de favoriser la prise en charge des patients par les structures les plus efficaces et fixer des normes de qualité des soins à atteindre, plutôt que des obligations de moyens à respecter ;

40. assurer une complète transparence des conditions financières de fonctionnement de l'ensemble des structures de dialyse, en rendant obligatoire la communication à l'agence technique de l'information hospitalière des données comptables des structures privées ;

41. améliorer l'information des patients sur les greffons qui leur sont proposés (communication des caractéristiques du greffon) sur les délais probables d'attente d'une greffe en fonction de leur situation (âge, état de santé, région) et sur les indicateurs de qualité des structures de dialyse ;

42. mettre un terme à la pratique de la priorité locale pour l'allocation d'une partie des reins prélevés sur les donneurs décédés, dès la mise en œuvre des recommandations visant à harmoniser les pratiques d'inscription sur les listes d'attente de greffe, en cours d'élaboration par la Haute Autorité de santé.

TROISIÈME PARTIE
DES SOLIDARITÉS À REPENSER

Chapitre XI

Les pensions de réversion :

un rôle toujours majeur,

une modernisation souhaitable

PRÉSENTATION

Aux termes de l'article 1^{er} de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, ce dernier a pour objectif que « les assurés bénéficient d'un traitement équitable (...), quels que soient leur sexe, leurs activités et parcours professionnels passés (...) les régimes dont ils relèvent et la génération à laquelle ils appartiennent. La Nation assigne également au système de retraite par répartition un objectif de solidarité entre les générations et au sein de chaque génération, notamment par l'égalité entre les hommes et les femmes et par la garantie d'un niveau de vie satisfaisant pour tous les retraités. La pérennité financière du système de retraite par répartition est assurée par des contributions réparties équitablement entre les générations et au sein de chaque génération entre les différents niveaux de revenus (...) ».

Dans le contexte des adaptations à conduire en continu de notre système de retraites pour pleinement répondre à ces objectifs, la Cour a cherché à apprécier, dans le prolongement de sa précédente enquête sur ce sujet en 2000⁴⁴², la contribution qu'apportent à leur réalisation les dispositifs de réversion. La totalité des régimes de retraite, de base ou complémentaire, prévoient en effet qu'au décès d'un(e) assuré(e), son conjoint ou ses ex-conjoints ont droit, sous certaines conditions, à bénéficier sous la forme d'une pension de réversion d'une partie de la retraite dont bénéficiait ou aurait pu bénéficier le (la) défunt(e).

Les pensions de réversion occupent de fait une place importante dans notre système de retraites. Elles bénéficient à 4,4 millions de personnes, soit près du quart du nombre total des retraités, dont environ 90 % sont des femmes. Le poids financier de l'ensemble des prestations légales de droits dérivés⁴⁴³ atteignait près de 34 Md€ en 2014, soit 11,3 % des prestations des régimes d'assurance vieillesse et 1,6 % du PIB.

La Cour fait d'abord le constat de leur rôle toujours majeur au regard de la situation comparée des hommes et des femmes en matière de retraite, malgré une tendance à l'inflexion de leur poids relatif (I). Elle analyse ensuite la considérable hétérogénéité des règles de réversion selon les régimes de retraite, qui reste à l'origine de nombreuses disparités de

442. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2000*, chapitre XIII : les avantages familiaux et conjugaux dans les systèmes de retraite, p. 513-521. septembre 2000, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

443. Outre les pensions de réversion et leurs majorations, qui en constituent l'essentiel, elles comprennent aussi des secours viagers et des allocations d'orphelins.

situation (II). Dans le contexte notamment d'une évolution rapide des modèles conjugaux et des transformations de l'emploi féminin, se pose la question de leur modernisation et de leur harmonisation progressive. À ce titre, sont présentées plusieurs pistes de réflexion envisageables, dont l'approfondissement pourrait permettre le cas échéant de construire un scénario de référence en vue d'une convergence à terme des dispositifs de réversion (III).

I - Une place toujours importante dans le système de retraites

Les pensions de réversion représentent une source de revenus souvent essentielle pour leurs bénéficiaires et une part substantielle de l'effort social de la Nation en matière de retraites⁴⁴⁴.

A - Des prestations déterminantes pour les femmes retraitées

1 - Une progression continue, quoique ralentie, du nombre de bénéficiaires

Près de 4,4 millions de personnes disposaient d'un avantage de droit dérivé au titre d'un régime obligatoire de base ou complémentaire en 2012. Ces effectifs ont connu un accroissement important, en ligne avec la montée en charge des régimes de retraite, souvent mis en place après-guerre de sorte qu'ils n'ont atteint leur maturité qu'à partir de la fin du XX^{ème} siècle, avec le départ à la retraite de générations ayant commencé à cotiser quarante ans plus tôt. Cependant, les effectifs de bénéficiaires d'une pension de réversion augmentent aujourd'hui un peu moins rapidement que le nombre total de retraités.

Le droit à la réversion, initialement réservé aux veuves des agents de la fonction publique⁴⁴⁵, ou indirectement au régime général (de par une condition de non-cumul avec des droits propres ou une activité

444. Par ailleurs, il existe d'autres dispositifs ayant pour objet d'aider les veuf(ve)s à faire face aux conséquences financières de la disparition de leur conjoint, comme l'allocation veuvage, aide sous condition de ressources attribuée pour deux ans au maximum aux veuf(ve)s de moins de 55 ans n'ayant pas droit à la réversion, ou les capitaux-décès versés par l'assurance-maladie.

445. Sauf invalidité de l'époux survivant.

professionnelle rémunérée), a été progressivement étendu aux veufs et uniformisé entre les deux sexes entre 1973 et 2004.

Nonobstant ces évolutions, les femmes représentent encore 89 % des titulaires de pensions de réversion (soit 3,9 millions de personnes). Cette proportion s'explique par une longévité supérieure à celle de leurs conjoints⁴⁴⁶ et par un âge moyen inférieur de deux années à ces derniers. En outre, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à n'avoir acquis aucun droit propre susceptible de donner lieu à réversion au bénéfice de leur conjoint.

En 2012, l'âge moyen des titulaires d'une pension de réversion du régime général atteignait 77,7 ans (contre 73,3 ans pour l'ensemble de retraités de ce régime), l'âge moyen d'attribution se situant à 71,8 ans (71,5 pour les femmes, 73,9 pour les hommes). Il n'existe pas de données statistiques globales sur la durée du veuvage mais, à l'ARRCO, elle s'établissait en moyenne à 16 ans (plus de 8,5 ans pour les hommes et de 17 ans pour les femmes).

2 - Une contribution significative, mais qui s'atténue avec les générations, à la réduction des écarts de pension entre hommes et femmes

En 2012, les pensions de réversion procuraient en moyenne un supplément de retraite de 645 € par mois aux retraité(e)s qui bénéficiaient par ailleurs d'une retraite de droit propre. À ceux(celles) sans pension de droit propre, elles fournissaient un revenu mensuel moyen de 499 €⁴⁴⁷.

Les dispositifs de réversion permettent de réduire significativement les écarts de niveaux moyens de retraite entre sexes. Mais cet impact s'atténue avec les nouvelles générations de retraitées, qui disposent de droits propres plus élevés.

S'agissant des femmes retraitées qui bénéficient à la fois d'une pension de droit propre et d'une pension de réversion, toutes générations confondues, la réversion porte en moyenne le montant total de leurs pensions de 49 % à 92 % de celles de droit direct des hommes⁴⁴⁸.

446. En 2013, l'espérance de vie à la naissance des femmes atteignait 85 ans, contre 78,7 ans pour les hommes.

447. Les données reprises dans ce développement sont issues des travaux de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

448. Les ratios qui figurent ici ne prennent pas en compte les avantages accessoires de retraite (comme les majorations de pension pour trois enfants et plus, pour enfant à charge, pour conjoint à charge ou pour tierce personne) et le minimum vieillesse.

Cet impact décroît fortement avec les générations les plus récentes. Ainsi, pour les femmes de 85 ans et plus titulaires à la fois d'une pension de droit propre et d'une pension de réversion, le rapport de leur pension de droit propre à celle des hommes est en moyenne de seulement 43 % ; le rapport de la pension totale atteint 92 %, réversion comprise. S'agissant des veuves de 60 à 64 ans, le même rapport passe en moyenne de 64 % à 97 %⁴⁴⁹.

B - Des dépenses substantielles pour les régimes de retraite

1 - Une part encore élevée des charges de retraite

En 2014, les prestations légales de droits dérivés ont atteint 33,55 Md€, ce qui représentait 11,3 % du total des prestations légales d'assurance vieillesse de base et complémentaires et 1,6 % du PIB.

Ce ratio a diminué puisqu'il représentait 16,5 % de ces prestations en 1990. Ce recul relatif s'explique notamment par la montée en charge des droits propres des femmes liée à l'augmentation de leur taux d'activité professionnelle rémunérée. Il tient aussi à l'allongement de l'espérance de vie pour les deux sexes qui a eu pour effet une réduction de la durée du veuvage par rapport à la durée totale de la retraite.

Exprimé par référence à la richesse nationale, ce montant a, en revanche, peu évolué (il s'élevait à 1,8 % du PIB en 1990). Il a augmenté de 80 % en euros courants, soit 21 % en euros constants, entre 1990 et 2014, passant d'environ 19 Md€ à, comme indiqué, près de 34 Md€.

Les projections réalisées en 2012 pour le Conseil d'orientation des retraites (COR) par les régimes de retraite font apparaître que le total des pensions de réversion s'élèverait progressivement jusqu'à, selon le

449. Les retraitées de cette même génération - titulaires ou non d'une pension de réversion - ont en moyenne un niveau de droit propre de 67 % de celui des hommes.

scénario économique retenu⁴⁵⁰, 47 à 49 Md€ environ en euros constants 2011 en 2040, soit de l'ordre de 1,4 % à 1,5 % du PIB et une part dans la masse globale des retraites de 10,6 %. Leur montant atteindrait de 52 à 56 Md€ en 2060.

L'évolution future des pensions de réversion dépend en effet de l'arrivée à l'âge du veuvage des générations du « baby-boom », soit vers 70/72 ans, ce facteur qui contribue à leur augmentation devant par la suite s'effacer progressivement. Elle est également fonction d'un ensemble de tendances entraînant *a priori* une diminution du poids relatif des droits dérivés comme la baisse de la nuptialité, qui réduit le nombre de bénéficiaires potentiels, la réduction de l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes et la poursuite de l'augmentation des droits propres des femmes⁴⁵¹.

2 - Une dynamique variable selon les régimes

Comme le montre le tableau suivant, les montants financiers et la part relative des pensions de droits dérivés d'assurance vieillesse diffèrent très sensiblement d'un régime à l'autre.

450. Croissance annuelle de la productivité et des salaires de 1,8 %, 1,5 % ou 1,3 % selon le scénario (A, B ou C). Taux de chômage de 4,5 % (A, B), ou de 7 % (C).

451. De par un effet purement arithmétique, mais aussi parce qu'une proportion croissante de femmes aura des droits propres et donc des revenus dépassant les conditions de ressources en vigueur au régime général et dans les régimes alignés (cf. *infra*).

Tableau n° 79 : pensions de droits dérivés versées en 2014⁴⁵²

En M€

		En % des prestations légalés « vieillesse »
Salariés	22 742	11,9 %
CNAVTS	10 546	9,8 %
MSA salariés	1 101	19,1 %
AGIRC-ARRCO	10 877	14,7 %
IRCANTEC	217	8,4 %
Indépendants, dont :	3 457	14,4 %
RSI	1 378	15,0 %
CNAVPL + sections	634	12,8 %
MSA exploitants	1 333	15,4 %
Fonctionnaires	4 552	6,8 %
Fonction publique d'État	3 888	7,7 %
CNRACL	664	3,9 %
Salariés sous statut, dont :	2 805	17,6 %
SNCF	963	18,2 %
CNIEG	572	13,0 %
Mines	545	33,5 %
Total	33 556	11,3 %

Source : données sous-jacentes aux tableaux d'équilibre et états financiers.

La part de la réversion dans la masse totale de retraites versées par chaque régime dépend des règles applicables ainsi que de la structure démographique de la population concernée. Les pourcentages les plus élevés se constatent de fait dans les régimes vieillissants où la moyenne d'âge des retraités est élevée - donc le risque de veuvage plus fort - et les cotisants essentiellement masculins (mines). *A contrario*, la féminisation et la relative jeunesse démographique de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) se traduisent par une faible

452 . CNAVTS : caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (retraites de base des salariés du secteur privé) ; ARRCO : association pour le régime de retraite complémentaire des salariés. AGIRC : association générale des institutions de retraite des cadres ; MSA : mutualité sociale agricole (retraites de base et complémentaires des exploitants agricoles, retraites de base des salariés du régime agricole). RSI : régime social des indépendants (retraites de base et complémentaires des artisans et des commerçants) ; CNAVPL : caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (retraites de base et complémentaires) ; CNRACL : caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (retraites des fonctionnaires des collectivités territoriales et des hôpitaux) ; IRCANTEC : institution de retraite complémentaire des agents non-titulaires de l'État, des collectivités territoriales et des hôpitaux ; CNIEG : caisse nationale des industries électriques et gazières (retraites des salariés relevant du statut du personnel de celles-ci).

proportion de pensions de réversion. La relative faiblesse des pensions de réversion dans l'ensemble des droits versés par le régime général (CNAVTS) doit quant à elle être reliée à l'existence d'une condition de ressources pour en bénéficier (cf. *infra*).

D'ici 2040, l'augmentation des dépenses des régimes de retraite relatives aux pensions de réversion, d'une quinzaine de milliards en euros constants, serait principalement concentrée sur la CNAVTS (+6,7 Md€ dans le scénario « B » du COR), le régime des pensions de l'État (+2,5 Md€) et l'ARRCO (+3,9 Md€), tandis qu'elle demeurerait relativement contenue à l'AGIRC. C'est à la CNRACL que les pensions de réversion connaîtraient la croissance la plus élevée, en doublant, mais à partir d'un niveau initial faible.

C - Une position intermédiaire de la France au niveau européen

Au regard du montant des pensions de réversion rapporté au PIB, la France se situe un peu au-dessus de la moyenne européenne.

Tableau n° 80 : part des pensions de réversion dans le PIB et le total des dépenses de retraites au sein de l'Union européenne

	2010 <i>En % du PIB</i>	2010 <i>En % des pensions</i>
Italie	2,4	15,7
Espagne	2,1	20,8
Autriche	2,0	14,2
France ⁴⁵³	1,9	13,0
Allemagne	1,8	16,7
Portugal	1,6	12,8
UE(27)	1,6	14,1
Belgique	1,2	10,9
Pologne	0,6	5,1
Suède	0,5	5,2
Pays-Bas	0,2	2,9

Source : « The 2012 Ageing Report », Commission européenne, Comité de politique économique.

La place des pensions de réversion diffère fortement selon les pays. Elle est réduite dans ceux, notamment du Nord de l'Europe, où les droits sociaux (et parfois la fiscalité des particuliers) sont davantage individualisés et les écarts entre sexes en matière d'emploi sont moins accusés, de sorte que les femmes accumulent davantage de droits propres. Il est plus important en Europe du sud et en Allemagne où la répartition

453. Les données de la Commission diffèrent légèrement de celles commentées *supra*.

des rôles au sein des couples a moins évolué. La France se trouve dans une situation intermédiaire par rapport à ces situations contrastées.

II - Des règles hétérogènes, à l'origine de nombreuses disparités de situation

Les principales règles relatives à la réversion, qui répondent historiquement à des finalités et à des philosophies multiples, se caractérisent par une très grande hétérogénéité selon les régimes⁴⁵⁴. Elles créent ainsi des disparités sensibles entre des veuf(ve)s placé(e)s dans des situations comparables.

Des finalités et des philosophies multiples

Le COR a recensé les objectifs qui seraient assignés aujourd'hui aux pensions de réversion, sans toutefois les hiérarchiser⁴⁵⁵.

Elles auraient pour objet tout à la fois de prolonger les droits à pension du défunt, de garantir le maintien du niveau de vie des conjoints survivants, d'éviter la pauvreté des veuf(ve)s les plus modestes, mais aussi de réduire les inégalités de fait entre hommes et femmes à la retraite, de pourvoir au cas de conjoints ayant cessé durablement toute activité professionnelle, de favoriser les couples mariés à raison de certains avantages du mariage pour la société, etc.

Selon le cas, les pensions de réversion répondraient donc soit à une logique patrimoniale et seraient la contrepartie de cotisations versées au titre du conjoint décédé, soit à un objectif de maintien du niveau de vie du conjoint survivant, ce qui les rapprocherait d'une fonction d'assurance. Quand ce dernier objectif concerne principalement les retraités disposant de faibles droits propres, se matérialiserait une volonté de redistribution.

En fait, les dispositions propres à chaque régime conjuguent des approches multiples, d'où un grand nombre de combinaisons possibles. Ainsi, au régime général, la réversion ne dépend plus du remariage du survivant et prévoit un partage entre ayants droit (logique patrimoniale), mais s'assortit de conditions de ressources (objectif de redistribution). Dans la fonction publique, l'absence de conditions d'âge et de ressources participe d'une vision patrimoniale mais s'y applique une condition d'isolement du conjoint survivant, alors qu'un droit patrimonial devrait avoir un caractère inconditionnel.

454. Sont décrites ici les règles s'appliquant à l'attribution de nouvelles pensions en 2015, certaines retraites actuellement versées obéissant à des dispositions antérieures.

455. Voir notamment le sixième rapport du COR *Retraites : droits familiaux et conjugaux* décembre 2008.

A - Des critères d'attribution selon la situation personnelle du bénéficiaire très différents d'un régime à l'autre

1 - Une condition d'âge variable pour bénéficier d'une pension de réversion

L'existence d'une condition d'âge ne signifie pas que le conjoint perde son droit à réversion s'il est plus jeune mais que, dans ce cas, il doit attendre de l'avoir atteint pour faire valoir ce droit.

Il n'est pas appliqué de condition d'âge dans les fonctions publiques. Au régime général, elle était de 55 ans avant le 1^{er} juillet 2005. La loi portant réforme des retraites de 2003 prévoyait de l'abaisser puis de la supprimer, mais, après un début de mise en œuvre, la loi de novembre 2010 a consacré le retour à la situation antérieure, soit 55 ans.

Elle est également de 55 ans à l'ARRCO. Elle s'établit à 60 ans à l'AGIRC, ramenée à 55 ans si l'ayant droit est titulaire d'une pension de réversion du régime général. Sinon, l'attribution de la pension s'accompagne de l'application d'un taux minoré (pouvant descendre jusqu'à 52 %).

Dans les régimes complémentaires des professions libérales la condition d'âge d'ouverture des droits à réversion est quant à elle fixée, selon le cas, à 60 ou 65 ans.

2 - Des durées minimales de mariage différentes

Aucune durée minimale d'union n'est requise au régime général et dans les régimes alignés sur ce dernier⁴⁵⁶, non plus que dans les régimes de retraite complémentaire des salariés ARRCO et AGIRC.

Dans les fonctions publiques, s'applique une durée normale de quatre ans de mariage, sauf si un ou plusieurs enfants sont issus de ce dernier. Ce droit est dans ce régime lui-même réversible en faveur d'éventuels orphelins, si le conjoint ne peut pas ou plus l'exercer (décès, remariage).

Dans les régimes de professions libérales, il n'y a pas de condition de durée de mariage pour la réversion de la pension de base. Une durée de

456. Régimes de base des artisans et des commerçants ainsi que des salariés agricoles.

deux années est appliquée, dans la plupart des régimes complémentaires, sauf lorsqu'un enfant est issu du mariage.

B - Une condition de ressources qui n'est pas généralisée

1 - La subordination de l'attribution de la pension de réversion à une condition de ressources

Au régime général, où une condition de non-cumul et/ou de ressources existe depuis l'origine en matière de réversion, le conjoint survivant ne bénéficie de cette pension que si ses revenus sont inférieurs à un certain seuil et à hauteur de la différence avec ce dernier. Ce plafond, indexé sur le SMIC atteint 19 988 € par an (1 666 € par mois) pour une personne seule et 31 982 € (2 665 € par mois) pour un couple, si le(a) veuf(ve) se remarie ou vit à nouveau maritalement⁴⁵⁷.

Ni les régimes de la fonction publique, ni les régimes spéciaux ni l'AGIRC-ARRCO ne conditionnent pour leur part le droit à une pension de réversion et le calcul de cette dernière au niveau des ressources du conjoint survivant.

Les inégalités créées, dans certains cas, par l'application ou non d'une condition de ressources

Soit le cas d'un couple de retraités mono-pensionnés, anciens salariés à carrière complète, percevant tous les deux une retraite d'un montant égal à la moyenne constatée pour chaque sexe en 2012, soit respectivement 1 580 € pour l'épouse et 2 220 € pour son mari, en supposant qu'ils ne touchent aucun autre revenu et en faisant l'hypothèse que l'époux vienne à décéder le premier.

S'il avait été fonctionnaire, sa veuve aurait droit à une pension de réversion de 50 % de la retraite de son époux, en complément de sa retraite de droit propre, soit un total de revenus après le décès de son mari, de 2 690 €.

⁴⁵⁷. La pension peut être révisée en fonction de l'évolution de ces revenus. Toutefois, elle ne peut plus l'être à compter de trois mois après la liquidation de l'ensemble des pensions de retraite de base et complémentaire ou de trois mois après le 60^{ème} anniversaire, en l'absence de droits personnels (cristallisation).

S'il avait été salarié du secteur privé, la pension de réversion de cette veuve ferait l'objet d'un écrêtement. En effet, le total de ses pensions de base, de droit propre (1 580 €) et de droit dérivé, cette dernière résultant de l'application d'un taux de 54 % à une assiette de 70 % de 2 220 €⁴⁵⁸, soit au total 2 419 €, excèderait le plafond afférent (1 666 €).

En conséquence, elle aurait perçu 86 € de réversion (1 666 € - 1 580 €). S'y seraient ajoutées sa retraite de droit propre (1 580 €) et la pension de réversion non-plafonnée de l'ARRCO, correspondant à un taux de 60 % appliqué à une assiette de 30 % de 2 220 €, soit 2 066 € au total. Cette veuve d'un assuré anciennement salarié du secteur privé aurait donc perçu une pension de réversion inférieure de 624 € (-23 %) à celle de la conjointe survivante d'un fonctionnaire, à niveaux identiques de pensions de droit direct.

Pour des niveaux de pensions de droit propre plus modestes, pour lesquels cet écrêtement au régime général ne trouve pas à s'appliquer, c'est au contraire le conjoint survivant d'un assuré anciennement salarié du secteur privé qui se trouve avantagé, dans la mesure où les taux de réversion aux régimes de base et complémentaire (54 % à la CNAVTS, 60 % à l'ARRCO) sont plus élevés que dans la fonction publique (50 %).

Le RSI met en œuvre le même plafond que la CNAVTS au titre du régime de base, mais également un autre, beaucoup plus élevé et en pratique peu opérant (6 258 €, soit deux fois le plafond de la sécurité sociale) au titre du régime complémentaire, ce qui le différencie de l'AGIRC-ARRCO. Pour leur part, les ayants droit de professions libérales se voient appliquer un plafond de ressources au régime de base, mais aucun dans le cadre de leurs régimes complémentaires.

2 - Des ressources prises en compte de manière seulement partielle

Lorsque s'applique une condition de ressources, tous les revenus du veuf(ve) ne sont pas pris en compte.

Le calcul des ressources du conjoint survivant tient compte de tous les avantages personnels de vieillesse et d'invalidité, des pensions de réversion au titre des autres régimes de base, de même que des revenus propres du conjoint (avec toutefois un abattement de 30 % sur les revenus d'activité) ou du couple en cas de remariage, de pacte civil de solidarité ou de concubinage.

458. Sous l'hypothèse que la pension de la CNAVTS représentait 70 % du total des droits de l'assuré décédé, ce qui est environ la moyenne pour les non-cadres.

En revanche, sont exclus du calcul l'éventuelle majoration de 10 % pour enfants de la retraite de droit propre du conjoint survivant, les pensions de réversion attribuées par les régimes complémentaires, ou encore les revenus que produisent les biens issus du chef de l'assuré décédé et de la communauté.

L'absence de prise en compte de ces ressources a pour origine principale la conception suivant laquelle la réversion aurait pour objet de pallier une insuffisance de ressources propres du conjoint survivant tirées de son travail ou, le cas échéant, issues d'une fortune personnelle (biens possédés avant le mariage, ou reçus par donation ou héritage). Cette insuffisance est imputée à la répartition des tâches au sein du couple, laquelle a pour conséquence la dépendance financière du conjoint, généralement de l'épouse, n'ayant pas exercé d'activité professionnelle rémunérée à l'égard de celui qui en a eu une pour subvenir aux besoins du couple. Dès lors, selon cette conception, les revenus ayant pour origine le conjoint décédé ne devraient pas entrer en ligne de compte dans l'appréciation de la condition de ressources applicable au conjoint survivant⁴⁵⁹. En effet, ils ne feraient que compenser la faiblesse des revenus propres de ce(tte) dernier(ère) et prolonger le devoir d'entretien du couple qui était celui du conjoint décédé. En fonction de leur niveau, l'existence de revenus propres rend en revanche la pension de réversion moins nécessaire.

Les conséquences, dans certains cas, de l'absence de prise en compte des pensions de réversion versées par les régimes complémentaires

Finale­ment maintenue en 2004, cette exclusion a pour effet d'avantager les conjoint(e)s survivant(e)s dont les ressources ne proviennent pas de droits directs, parce qu'ils ont peu ou pas travaillé, mais exclusivement d'une pension de réversion ou d'une fortune liée au défunt, par rapport à ceux(celles) qui ont acquis des droits propres en travaillant.

En effet, les premiers(ères) bénéficient dans tous les cas de l'intégralité de la pension de réversion versée par le régime de base, quel que soit le niveau réel de leurs revenus, alors que les second(e)s sont susceptibles de ne pas en bénéficier ou de n'en bénéficier que partiellement en fonction des droits propres qu'ils(elles) ont acquis par leur activité professionnelle.

459. Ces modalités de calcul se situent dans le prolongement d'anciennes règles de non-cumul de droits propres et dérivés (il fallait n'avoir pas travaillé et pas acquis de droits propres pour être éligible à la réversion) puis de plafonnement de ce cumul, qui préexistaient à la réforme des retraites de 2003.

Ainsi, une veuve de cadre ou de chef d'entreprise n'ayant jamais travaillé peut éventuellement bénéficier de la réversion au régime général sans aucun abattement, tout en percevant une pension de réversion de l'AGIRC-ARRCO pour des montants conséquents et non-plafonnés⁴⁶⁰, alors qu'une veuve de non-cadre qui a travaillé pour assurer un niveau de revenus suffisant à son ménage pourra ne pas y être éligible, parce qu'elle a acquis des droits propres.

La prise en compte des ressources peut également se traduire de manière positive par l'attribution d'une majoration de réversion, portant le taux de 54 % à 60 % dans les régimes de base de salariés et de non-salariés, pour les assurés dont le total des pensions ne dépasse pas 852,40 € par mois en 2015. Cette fois, est pris en compte l'ensemble des avantages de retraite du conjoint survivant sans exclure les pensions de réversion des régimes complémentaires - mais non les autres types de revenus, sans raison particulière à cela.

C - Le calcul des pensions de réversion : des taux et des assiettes hétérogènes

Le taux de réversion permet de déterminer, dans chaque régime, le niveau de la pension de réversion à partir de l'assiette que constitue la retraite précédemment perçue par le conjoint décédé.

Le régime général applique un taux de 54 % depuis 1995, l'AGIRC-ARRCO, de 60 % pour ce qui concerne les retraites complémentaires des salariés, les régimes des fonctions publiques (d'État, territoriale et hospitalière), de 50 %⁴⁶¹. Au RSI, le taux de réversion atteint 54 % au régime de base et 60 %, au titre de la retraite complémentaire. Il en est de même pour les professions libérales. Certains régimes complémentaires, dont quatre sections professionnelles associées à la CNAVPL⁴⁶², offrent l'option de taux supérieurs, jusqu'à 100 %, en contrepartie de cotisations supplémentaires.

460. À l'AGIRC, 10 % des veuves percevaient une pension supérieure à 15 857 € en 2012 (4 857 € à l'ARRCO).

461. Sur la totalité de la pension, puisque la distinction entre régimes respectivement de base et complémentaire n'existe pas dans les fonctions publiques.

462. CARPV (vétérinaires), CAVEC (experts comptables et commissaires aux comptes), CAVOM (officiers ministériels, officiers publics et des compagnies judiciaires) et CIPAV (caisse interprofessionnelle pour les assurés non affiliés à une autre caisse).

La diversité des taux applicables, selon les régimes, n'a pas de justification précise, notamment dans des différences de situation selon les catégories socio-professionnelles concernées.

L'assiette de la réversion ne comprend pas, dans le régime général, les éventuelles majorations de pensions de 10 % pour trois enfants et plus du conjoint décédé. Cependant, le conjoint survivant bénéficie le cas échéant d'une bonification en tant que parent, ce qui, en pratique, équivaut le plus souvent à une réversibilité de ces avantages accessoires de retraite.

Il n'en va pas de même, dans la fonction publique, où ces majorations sont réversibles, comme dans les régimes complémentaires de salariés. À l'ARRCO, le conjoint survivant conserve même la totalité de la bonification pour enfants, contre seulement 60 % à l'AGIRC (on y applique le même taux qu'aux autres composantes de la retraite du défunt). Ces différences de traitement n'ont pas de justification précise.

D - L'évolution ultérieure du statut marital des bénéficiaires et le cas des ex-conjoints : des différences de traitement parfois peu compréhensibles

1 - Les conditions liées au statut marital du conjoint survivant : une grande disparité de règles

Depuis le 1^{er} juillet 2004, en vertu de la loi d'août 2003 portant réforme des retraites, le régime général ne tient plus compte du statut marital alors qu'auparavant le conjoint ou ex-conjoint survivant ne devait ni être remarié, ni vivre maritalement⁴⁶³. Il en va de même au RSI au titre des régimes de base comme complémentaire, de même que pour la CNAVPL au titre du régime de base. Une condition d'absence de remariage subsiste toutefois dans la plupart des régimes complémentaires des professions libérales.

Cette condition demeure également applicable dans les régimes des fonctions publiques. Le remariage, la signature d'un pacte civil de solidarité (PACS) ou le concubinage y entraînent la suspension de la

463 . Cette réforme a notamment trouvé sa justification dans une volonté de simplification, étant entendu que s'applique par ailleurs une condition de ressources (le cas échéant au couple dont fait partie l'ayant droit). Il s'agissait aussi de ne plus peser sur le choix de certain(e)s veuf(ve)s de se remarier.

pension de réversion⁴⁶⁴, dès lors que ce changement de situation est déclaré. En pratique, cette règle ne fait cependant pas l'objet de contrôles.

Le remariage et lui seul, a les mêmes effets à l'AGIRC-ARRCO⁴⁶⁵. S'ils se remarient, les conjoints survivants ne perçoivent ainsi plus de pension de réversion de la part des régimes complémentaires tout en continuant à en toucher une de la CNAVTS. S'ils contractent un PACS ou s'abstiennent de légaliser leur nouvelle union, ils conservent leurs droits, la condition légale du maintien du versement de la pension de réversion portant sur l'absence de remariage et non sur l'isolement.

2 - Le cas des ex-conjoints : des divergences entre régimes et des situations parfois peu compréhensibles

Dans le contexte d'une augmentation du nombre de divorces, la loi du 17 juillet 1978 portant diverses dispositions d'ordre administratif, fiscal et social a garanti que, dans les régimes de base⁴⁶⁶, les personnes divorcées jouissent d'un droit à réversion de la retraite de l'ex-conjoint décédé, même si celui-ci s'est remarié. Ce cadre général s'est accompagné d'une grande diversité de règles.

Dans le régime général, le conjoint ou ex-conjoint, en l'absence d'autre(s) ayant(s)-droit, perçoit la totalité de la pension de réversion. S'il y a plusieurs survivants, elle est partagée au *pro rata* de la durée respective de chaque union rapportée à la durée totale des mariages du conjoint décédé. Cette répartition a un caractère temporaire. En effet, au décès d'un ayant droit, sa part est redistribuée aux autres. La même règle de partage s'applique dans les fonctions publiques, mais la répartition ainsi effectuée y est définitive depuis la loi de 2003 portant réforme des retraites : le décès d'un des ayants droit n'augmente pas la part des autres. Selon que l'ex-conjoint décédé a eu plusieurs épouses ou non, le montant individuel de la pension de réversion peut ainsi fortement varier. Ainsi, un conjoint marié peu de temps aura droit, selon le cas, à une pension de réversion intégrale si son ex-époux(se) décédé(e) n'a pas contracté d'autre union ou bien à une pension de faible montant au cas contraire.

464. Qui, dans un tel cas de figure, peut être attribuée ou « passer » aux enfants du défunt âgés de moins de 21 ans.

465. L'allocation n'est pas rétablie si le veuf ou la veuve divorce de son nouveau conjoint ou si ce dernier vient à décéder, au contraire de la règle applicable dans les fonctions publiques.

466. L'AGIRC et l'ARRCO ont adopté une règle analogue à compter de 1980.

À l'AGIRC-ARRCO, les ex-conjoints (non-remariés) se partagent, en l'absence de conjoint survivant, une pension de réversion à raison de la durée de leur union respective avec le défunt, mais cette fois-ci rapportée à la durée d'assurance de ce dernier⁴⁶⁷. S'il y a un conjoint survivant, on pratique une proratisation en fonction de la seule durée des unions (i.e. de chacune rapportée à leur somme), indépendamment cette fois-ci de la durée d'assurance du défunt. De ce fait, le remariage de l'ouvrant-droit est susceptible d'améliorer le niveau de la pension de réversion versée à l'ex-conjoint, sous réserve qu'il n'ait pas divorcé une nouvelle fois avant son décès. Il suffit pour cela qu'il ait été plus longtemps assuré que marié.

Le partage de la réversion entre ayants droit : des règles pouvant avoir dans certaines situations des conséquences aberrantes

Soit la situation d'un conjoint survivant marié un an seulement avec l'assuré et ce, 40 ans avant son décès, en supposant que celui-ci avait également commencé à cotiser 40 ans plus tôt.

Au régime général, si l'assuré décédé ne s'est jamais remarié, l'ex-conjoint percevra l'intégralité de la pension de réversion. En revanche, si le défunt s'est remarié à nouveau peu de temps après de son divorce (sans nouvelle séparation par la suite), l'ex-conjoint toucherait seulement 1/40^{ème}, soit 2,5 % de cette pension.

À l'AGIRC-ARRCO, si l'assuré ne s'est jamais remarié⁴⁶⁸, l'ex-conjoint n'aura droit qu'à une pension de réversion de 2,5 %, car, en ce cas, le divorce entraîne une proratisation en fonction des durées de mariage et d'assurance. Cet ex-conjoint aurait vu sa situation s'améliorer si l'assuré décédé s'était remarié, en particulier s'il l'avait fait tardivement par exemple six mois avant son décès. Dans un tel cas de figure, l'ex-conjoint aurait, en effet, bénéficié d'une part de pension de 1/1,5 soit de 66 % (proratisation, cette fois uniquement en fonction de la durée totale des mariages).

Ces divergences entre les salariés du secteur privé, les fonctionnaires et les travailleurs indépendants et au sein de la catégorie des salariés entre les régimes de base et complémentaires (qui appliquent des règles différentes) ne peuvent être considérées comme la conséquence de différences objectives de situations. Par ailleurs, la très grande complexité de ces règles et de leurs combinaisons (puisqu'un même conjoint survivant peut bénéficier de plusieurs pensions de réversion, au titre de différents régimes) rend incompréhensibles ces dispositifs pour leurs bénéficiaires potentiels.

467. Ou de la durée totale des mariages, si cette dernière excède le plafond de la durée d'assurance.

468. Ou l'avait fait mais en divorçant à nouveau, en ne laissant ainsi à son décès aucun conjoint survivant, mais uniquement des ex-conjoints.

Tableau n° 81 : principales règles en matière de réversion dans les principaux régimes

	Régime général, régimes alignés, MSA exploitants	Régimes complémentaires AGIRC-ARRCO	Fonctions publiques*	IRCANTEC	RSI	CNAVPL et caisses complémentaires (ex. : CARCDSF)
Bénéficiaires	Conjoints et ex-conjoints survivants - même remariés	Conjoints et ex-conjoints survivants - non-remariés	Conjoints et ex-conjoints survivants - isolés (ne vivant pas en couple, marié ou non)	Conjoints et ex-conjoints survivants - non-remarié	Conjoints et ex-conjoints survivants - même remariés	- base : tous conjoints et ex-conjoints - complémentaire : non-remariés (sauf pharmaciens et agents d'assurance)
Condition d'âge	55 ans	- 55 ans (ARRCO) - 60 ans (AGIRC). 55 ans si réversion au régime de base. Entre 55 et 60 ans avec un abattement selon l'âge, sinon.	Non	50 ans	55 ans	- base : 55 ans - complémentaire : 60 ou 65 ans
Condition de durée de mariage	Non	Non	4 ans, ou 2 ans avant la cessation d'activité, sauf si un ou plusieurs enfants sont issus du mariage	4 ans ou 2 ans avant les 55 ans de l'affilié ou avant qu'il ait cessé ses fonctions. Pas de condition si un ou plusieurs enfants sont issus du mariage	Non	- base : non - complémentaire : 2 ans dans la plupart des régimes, sauf si un ou plusieurs enfants sont issus du mariage
Condition de ressources	Oui - 1 666 €/mois - Revenus exclus : majorations pour enfant(s) du survivant, réversion des régimes complémentaires, revenus issus des biens de l'assuré ou de la communauté	Non	Non	Non	Oui - 1 666 €/mois (base), 6 340 €/mois (complémentaire) - Revenus exclus : majoration pour enfant(s) du survivant, réversion des régimes complémentaires, revenus issus des biens de l'assuré ou de la communauté - Suppression de la condition de ressources au régime de base pour les ayants droit d'au moins 65 ans sous certaines conditions	- base : oui - complémentaire : non
Taux de réversion	54 % (voire 60 % avec majoration)	60 %	50 %	50 %	- base : 54 % (75 % à 65 ans sous certaines conditions si l'assuré commerçant avait cotisé au régime des conjoints avant le 31/12/2003) - complémentaire : 60 %	- base : 54 % - complémentaire : 60 % (taux plus élevés possibles, jusqu'à 100 %, en contrepartie de cotisations facultatives)

* *Fonctions publiques de l'État, territoriale et hospitalière. Les règles des régimes spéciaux (SNCF, RATP et industries électriques et gazières) s'inspirent de celles qui s'appliquent à la fonction publique, mais les paramètres peuvent être quelque peu différents.*

Source : *Cour des comptes*

III - Les pistes d'évolution envisageables pour une modernisation et une harmonisation progressive

A - Des dispositifs qui ont peu évolué, malgré les changements de la société

Les dispositifs de réversion, dont les règles ont été fixées à des époques anciennes, ont peu évolué, malgré un contexte qui, lui, s'est transformé.

1 - L'augmentation des droits propres des femmes du fait de leur participation croissante au marché du travail

La situation des femmes a fortement évolué au cours des dernières décennies. Si de sensibles inégalités perdurent - la rémunération du travail à temps complet des femmes reste moins élevée que celle des hommes, leur carrière professionnelle connaît des interruptions plus fréquentes et elles travaillent plus souvent à temps partiel -, l'amélioration des carrières féminines au fil des générations a progressivement réduit les écarts de taux d'activité selon le sexe. Ainsi, au début des années 2010, 66 % des femmes de 15 à 64 ans étaient professionnellement actives, contre 75 % des hommes, alors que ce n'était le cas que d'une sur deux au début des années 70.

La participation accrue des femmes au marché du travail a pour conséquence de rapprocher progressivement les durées validées pour leur retraite par les femmes au titre d'une activité professionnelle de celles des hommes. Selon le COR⁴⁶⁹, la durée moyenne de carrière des femmes représentait 75 % de celle des hommes pour la génération née en 1924, mais plus de 85 % pour celle née en 1942.

Au total, si la pension de droit direct des femmes nées en 1930 ne représente en moyenne que 53 % de celle des hommes de la même génération, elle atteindrait 81 % pour les femmes nées en 1970⁴⁷⁰.

Cette progression des droits propres à retraite des femmes n'est pas sans incidence sur leur situation au décès de leur conjoint.

469. Voir le rapport annuel du COR sur les évolutions et les perspectives des retraites en France, juin 2014.

470. C. Bonnet, J.-M. Hourriez, « Inégalités entre hommes et femmes au moment de la retraite en France », *in* Regards sur la parité, INSEE Références, 2012.

L'appréciation du niveau de vie du conjoint survivant

La variation du niveau de vie du conjoint survivant liée à son veuvage dépend du niveau de ses droits propres et du taux de réversion. On le mesure en recourant à des échelles d'équivalence prenant notamment en compte les déséconomies d'échelle lorsque la taille du ménage diminue.

De manière simplifiée, si on ne prend en considération que les pensions perçues, pour qu'une veuve n'ayant aucun droit propre garde le même niveau de vie qu'avant le décès de son mari, il conviendrait que les revenus - la pension de réversion - qu'elle touche ne se réduisent que de 33 %. Dès lors, le taux de réversion devrait atteindre 66 %. Si sa pension de droit direct représentait la moitié de celle du conjoint décédé, il suffirait d'un taux de réversion de 50 % et même de 33 % si les deux pensions de droit direct étaient égales.

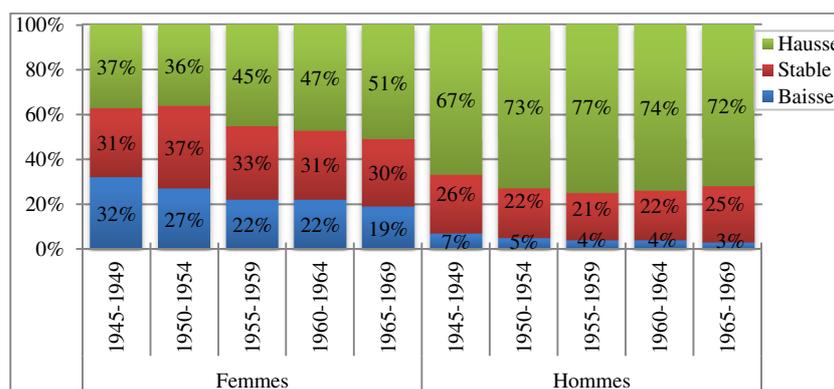
L'INSEE a cherché à évaluer l'effet du veuvage selon la génération⁴⁷¹, en ne prenant en compte que les revenus d'activité, les pensions de droit direct et dérivé ainsi que le minimum vieillesse (allocation de solidarité aux personnes âgées - ASPA)⁴⁷². La proportion de retraité(e)s dont le revenu par unité de consommation diminue après le décès de leur conjoint reculerait notablement à l'avenir, alors que le pourcentage des veuves bénéficiant d'une amélioration paradoxale de leur situation atteindrait 50 % environ pour les générations nées au cours des années 60. La réversion conduirait, dans le cas médian, à une hausse du revenu du conjoint survivant de 5 % pour les femmes et de l'ordre de 10 % pour les hommes⁴⁷³.

471. « *L'effet du veuvage et de la réversion sur le niveau de vie : simulations en projection* », A. Marino, INSEE, octobre 2014.

472. Aux fins d'une appréciation complète des effets du veuvage sur le niveau de vie, il conviendrait, en outre, d'ajouter les autres revenus du conjoint survivant ainsi que son patrimoine, financier et immobilier, y compris au titre de la résidence principale, dont les retraités sont majoritairement propriétaires.

473. Le niveau de vie des veuves s'avère cependant plus faible que celui de la moyenne de l'ensemble des retraitées. Cela tient moins à l'impact du veuvage lui-même qu'à des effets de sélection - les conjoints survivants étant plus âgés en moyenne et donc appartenant à des générations dont les droits sont plus faibles - et de mortalité différentielle - les différences d'espérance de vie entre sexes se réduisant avec le niveau de revenus (ainsi, il y a proportionnellement moins de veuves de cadres que de veuves d'ouvriers).

Graphique n° 34 : impact du veuvage sur le revenu par unité de consommation avec réversion



Champ : ensemble des veufs (hors veufs d'indépendants).

Source : INSEE, octobre 2014.

2 - La prise en charge croissante par les droits familiaux d'une partie des finalités des pensions de réversion

Si les pensions de réversion ont été conçues, à l'origine, pour garantir les moyens d'existence de veuves fréquemment dépourvues de droits propres, c'est notamment parce qu'elles prenaient en charge, souvent à temps complet, l'éducation des enfants.

Depuis les années 1970, se sont développés de manière parallèle des droits familiaux de retraite, indépendants du statut marital des mères, qui visent à compenser l'incidence des périodes d'inactivité ou de moindre activité professionnelle liée à la maternité et à l'éducation des enfants⁴⁷⁴ : majoration de 10 % des pensions des parents ayant élevé trois enfants, majoration de durée d'assurance pour chaque enfant, non soumises à condition de ressources, validation de trimestres d'assurance sous condition de ressources pour les parents qui cessent ou réduisent leur activité pour s'occuper d'un enfant (assurance vieillesse des parents au

474. Les dispositifs décrits ci-après concernent les assurés du régime général et des régimes alignés. Des dispositifs obéissant à des finalités et principes identiques s'appliquent dans les régimes de la fonction publique et les régimes spéciaux.

foyer). Leur montant s'élevait à 13 Md€ en 2008⁴⁷⁵ ; il s'accroîtrait pour atteindre 31,1 Md€ constants 2008 à l'horizon 2040⁴⁷⁶.

Comme indiqué, la masse des pensions de réversion connaîtrait dans le même temps une augmentation importante en termes réels.

Pour partie redondants dans leurs objectifs, les droits familiaux de retraite et les droits conjugaux qui fondent les dispositifs de réversion voient leurs effets s'additionner en faveur des femmes mariées et ayant eu des enfants, dans le contexte d'une augmentation des droits propres liés à une activité professionnelle rémunérée dont elles peuvent également bénéficier.

Ce cumul ne joue pas ou, de manière moins immédiate, pour certaines catégories de femmes, dont l'importance tend à s'accroître : les femmes demeurées célibataires tout en ayant vécu en couple n'ont pas droit à une pension de réversion ; les femmes divorcées n'en bénéficient qu'à la suite du décès de leur ex-époux. En revanche, dès lors qu'elles ont eu des enfants et en remplissent par ailleurs les conditions d'attribution, ces deux catégories peuvent bénéficier des droits familiaux de retraite, qui s'avèrent ainsi mieux à même dans un nombre grandissant de situations de prendre en compte l'incidence de la maternité et de l'éducation des enfants sur l'acquisition des droits propres à retraite.

L'évolution du célibat et du divorce

Alors que sur dix femmes nées en 1930, on ne dénombrait qu'une personne célibataire et une divorcée, la génération de 1950 a compté en moyenne trois femmes divorcées, dont une s'est remariée. Les générations suivantes connaîtraient une augmentation du célibat puisque environ trois femmes sur dix ne se marieraient pas. La part des retraité(e)s vivant seul(e)s non à la suite d'un veuvage mais d'une séparation ou parce qu'ils (elles) n'ont jamais vécu en couple s'accroîtrait de 11 % en 2008 à 24 % en 2040⁴⁷⁷.

475. Ce total se décompose en 6,9 Md€ au titre des majorations pour trois enfants et plus (sur les seuls droits propres), 4,4 Md€ au titre de la majoration de durée d'assurance (MDA) et 1,7 Md€ au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF). L'évaluation n'a pas été actualisée depuis lors.

476. « *Projection à 2040 de la masse des droits familiaux de retraite* », DREES, 2015.

477. « *Niveau de vie des hommes et des femmes retraités. Quelques éléments de prospective* ». E. Crenner, INSEE, juin 2008.

Au total, si elles contribuent à la réduction des écarts de pension entre hommes et femmes, les pensions de réversion, qui ne sont soumises à aucune condition de travail ou de maternité, ne constituent pas toujours, dans le cadre des règles en vigueur, le moyen le plus efficient de parvenir à ce résultat.

3 - Un domaine peu abordé par les réformes successives des retraites

Les principaux paramètres des régimes de retraite ont fait l'objet d'ajustements successifs et souvent à plusieurs reprises, dans le cadre des différentes réformes qui se sont succédé depuis 1993.

Ces modifications ont notamment porté sur la durée de cotisation, l'âge d'ouverture des droits et d'annulation de la décote, les possibilités de départ anticipé, l'indexation des salaires de référence et des pensions, les conditions de validation de trimestres au titre du travail, de la maternité, du chômage indemnisé, etc.

Les réformes ainsi mises en œuvre ont été menées dans la double préoccupation d'assurer la pérennité et l'équité du système des retraites. En particulier, elles se sont efforcées de réduire, voire d'éliminer progressivement les différences injustifiées qui pouvaient exister d'un régime à l'autre en matière notamment de durée de cotisation et d'âge de départ en retraite à taux plein ou d'indexation des pensions.

Pour l'essentiel, elles ont concerné les seules pensions de droit direct. En revanche, peu de modifications ont été apportées aux règles relatives aux pensions de réversion, en dépit de leur très grande hétérogénéité.

La loi de 2003 avait prévu notamment la suppression de la condition d'âge et une révision de la condition de ressources en vigueur au régime général. Ainsi, un de ses décrets d'application devait élargir de manière substantielle le champ des revenus pris en compte. Cependant, le législateur a ultérieurement rétabli la condition d'âge à 55 ans. De même, il a finalement été décidé, pour l'application de la condition de ressources du régime général, de ne pas tenir compte des pensions de réversion versées par les régimes complémentaires, ni des revenus du patrimoine issus de la communauté ou du chef de l'assuré décédé. Compte tenu de l'absence de mise en œuvre d'une condition de ressources dans le secteur public, la disparité de situation des conjoints survivant en fonction de la profession du défunt s'en serait trouvée renforcée.

La situation est différente dans les régimes complémentaires de salariés. En effet, l'âge d'éligibilité de la réversion a été porté de 50 à

60 ans à l'AGIRC en 1994 et de 50 à 55 ans à l'ARRCO en 1996. Ces évolutions montrent que les pensions de réversion ne constituent pas une composante immuable du système de retraites. Elles ne se sont toutefois pas inscrites dans une démarche globale d'harmonisation entre les différents régimes.

Les réformes des dispositifs de réversion en Europe

Elles ont pu être de nature « systémique » comme leur suppression, au Danemark depuis 1984 et aux Pays-Bas depuis 1996, s'agissant de la pension de base, ou leur transformation en option au choix et à la charge des assurés, par le biais de cotisations supplémentaires ou de transferts de droits propres, comme en Suède. Depuis 2001, les régimes de base allemands offrent l'option⁴⁷⁸, à la place de la réversion, du « *splitting* » consistant en un partage entre conjoints des droits à pension au fur et à mesure de leur accumulation. Cette formule a toutefois eu peu de succès.

Elles ont également pu revêtir un caractère « paramétrique », comme la baisse du taux de réversion en Allemagne en 2001, l'introduction d'une condition de ressources, également en Allemagne en 1986 et en Italie en 1995 (étendue aux revenus du patrimoine, sauf exception).

B - Des pistes d'évolution possibles pour une convergence progressive des dispositifs de réversion

L'importance des dispositifs de réversion dans le système des retraites et leur rôle toujours majeur, même s'il tend à se réduire, dans le rapprochement des niveaux de pension entre hommes et femmes excluent tout bouleversement, même si des réformes de nature structurelle ont été parfois évoquées dans une perspective de long terme.

Des hypothèses de réformes structurelles à long terme à approfondir

Afin de limiter les conséquences paradoxales de la hausse tendancielle des droits propres des assuré(e)s, à savoir l'augmentation de la proportion de situations dans lesquelles le niveau de vie s'améliore à la suite d'un veuvage sous l'effet de la pension de réversion, une voie d'évolution pourrait être étudiée : la variation du taux de réversion de manière inversement proportionnelle à la progression des droits propres et à la réduction des écarts entre hommes et femmes en la matière.

478. Qui constitue même une obligation en cas de divorce depuis 1977.

Une orientation de cette nature, qui ne saurait naturellement pas se traduire par une baisse du niveau de vie au veuvage, en moyenne, suppose de disposer d'un certain recul temporel et d'une connaissance approfondie de l'évolution tendancielle des revenus des conjoints survivants, tant de leurs droits propres que de leurs autres ressources (revenus du patrimoine, propriété immobilière etc.). *A fortiori*, elle ne saurait affecter les veuf(ve)s les plus modestes, protégé(e)s par différents dispositifs tels que le minimum de pension de réversion⁴⁷⁹, la majoration de celle-ci sous conditions de ressources et le minimum vieillesse (allocation de solidarité pour les personnes âgées - ASPA). Pourraient également être approfondies l'incidence et les modalités d'une éventuelle réforme systémique des pensions de réversion, dans le cadre de laquelle seraient réexaminées leurs modalités de financement. Dans une telle perspective, les pensions de réversion pourraient faire l'objet d'une individualisation au sein du couple, se traduisant, sur le modèle de la Suède, par une modulation à la baisse des droits propres des assurés concernés, ou par le paiement de contributions spécifiques.

Un mouvement d'harmonisation et de modernisation, nécessairement progressif, pourrait ainsi être envisagé à condition qu'il s'inscrive dans un cadre de moyen terme, clair et prévisible.

Des garanties indispensables à apporter

Une réforme des dispositifs de réversion devrait impérativement obéir à quatre principes essentiels dans sa mise en œuvre :

- la stabilité des situations acquises. Tout ajustement éventuel ne saurait porter sur les pensions de réversion déjà accordées, mais seulement sur les modalités à retenir pour celles qui interviendraient à partir d'une certaine date ou d'une certaine génération d'assurés ;
- la prévisibilité des évolutions. Les évolutions envisagées devraient ne prendre effet qu'à partir d'une génération donnée, après une période de transition assez longue au cours de laquelle les mécanismes de réversion seraient stabilisés ;
- la progressivité de la mise en œuvre. Les différentes mesures qui pourraient être prises devraient se déployer de manière progressive et être phasées dans le temps, afin que leur incidence soit lissée sur plusieurs générations ;

479. 283,58 € par mois en 2015, pour 60 trimestres de cotisation (proratés en cas de durée moindre) au régime général et dans les régimes alignés sur ce dernier.

- l'équité vis-à-vis des différentes catégories de retraité(e)s. À cet égard une vigilance particulière est à porter aux éventuels effets cumulatifs, sur certaines situations, des évolutions qui pourraient être apportées aux règles de la réversion. Les différentes pistes de réflexion évoquées ci-après ne sauraient en particulier être considérées comme devant se cumuler entre elles. Il s'agit d'un inventaire de choix alternatifs qui pourraient être envisagées.

C'est au regard de ces garanties indispensables que pourraient être approfondies les pistes d'évolution suivantes.

1 - Un ajustement des conditions d'âge et de ressources

a) Le paramètre de l'âge

Les conditions d'âge actuelles - *a fortiori* l'absence de conditions - peinent à trouver des justifications précises.

Le recul de deux ans (de 60 à 62 ans) de l'âge pour bénéficier d'une pension de retraite de droit propre à taux plein dans le régime général en application de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites pose la question d'une éventuelle augmentation de même ampleur de l'âge pour bénéficier d'une pension de réversion dans ce régime, qui la porterait de 55 à 57 ans. Il soulève de même la question d'un alignement sur cette condition d'âge dans les autres régimes et, *a fortiori*, de l'introduction d'une condition d'âge dans ceux qui en sont dépourvus.

Au-delà, il pourrait être examiné si l'âge d'ouverture des droits à réversion a vocation à être aligné sur celui du départ en retraite, comme c'était le cas à l'origine au régime général. En fonction des résultats de cette réflexion, cette condition d'âge pourrait, à l'avenir, évoluer parallèlement à l'âge légal de départ en retraite.

Une première étape pourrait en ce sens consister en l'alignement sur l'âge de 55 ans en vigueur au régime général et l'introduction d'une telle condition dans les régimes où il n'en existe pas.

Naturellement, les conditions d'accès à l'allocation veuvage, à laquelle ont droit les veufs(ve)s pendant deux ans, sous condition de ressources, lorsque leur âge ne dépasse pas 54 ans au régime général et dans les régimes alignés, seraient alors à modifier en conséquence. Devraient pouvoir en bénéficier l'ensemble des conjoints survivants qui

ne seraient pas éligibles à la réversion, y compris ceux de fonctionnaires⁴⁸⁰.

b) Le critère des ressources

L'hypothèse d'une introduction d'une condition de ressources dans les régimes de la fonction publique et les régimes spéciaux de retraite qui n'en imposent pas pourrait être examinée de façon à mettre fin à une disparité avec le régime des salariés du secteur privé.

Compte tenu du fait que dans les régimes de retraite de la fonction publique et les régimes spéciaux, il n'existe pas comme pour les salariés du secteur privé de distinction entre régimes de base et complémentaire, une solution pourrait consister à harmoniser les règles actuellement applicables dans les secteurs public et privé. En ce sens, il pourrait être envisagé d'instaurer dans la fonction publique une forme de plafonnement sur une partie seulement des droits, comme dans le secteur privé où le plafond de ressources concerne uniquement la pension de réversion versée par le régime général. Par exemple, le plafonnement pourrait ne s'appliquer qu'à la partie de la pension de réversion correspondant à 40 % de la retraite du fonctionnaire quand il appartient à la catégorie A et à 70 % quand il relève d'une autre catégorie⁴⁸¹ ; le reste de la pension de réversion ne serait pas soumis à plafonnement, à l'image de la part versée aujourd'hui par les régimes complémentaires du secteur privé, les paramètres étant ajustés en fonction des impacts financiers et redistributifs souhaités.

480. De manière alternative, une allocation équivalente pourrait être créée au sein des régimes de retraite de fonctionnaires.

481. C'est-à-dire des proportions proches de la part moyenne de la pension de base versée par la CNAVTS aux anciens travailleurs du secteur privé à carrière complète selon qu'ils étaient cadres ou non-cadres (monopensionnés à la CNAVTS, c'est-à-dire affilié au seul régime général au titre de l'assurance vieillesse de base).

L'introduction éventuelle d'une condition de ressources dans les régimes complémentaires de salariés du secteur privé

L'absence de ce type de condition dans les régimes complémentaires de salariés induit certaines inégalités, au détriment de certaines veuves modestes qui ont travaillé. Celles-ci sont susceptibles de ne pas avoir droit à la réversion au régime général, en raison de leurs droits propres et percevoir une pension de réversion relativement modeste de la part de l'ARRCO, alors que la veuve d'un cadre, qui n'a pas travaillé elle-même, pourra percevoir une pension élevée et non plafonnée de la part de l'AGIRC.

Eu égard à l'ampleur des difficultés financières des régimes complémentaires de salariés à règles inchangées, récemment soulignée par la Cour⁴⁸², les partenaires sociaux, responsables de ces régimes, pourraient, le cas échéant, étudier la question de la mise sous condition de ressources des pensions de réversion qu'ils versent au regard de l'impact de ces dispositifs sur les revenus réels des conjoints survivants. Les seuils afférents seraient à ajuster en fonction des impacts financiers et redistributifs souhaités. Ils pourraient, en particulier, être fixés à un niveau plus élevé, s'il était souhaité limiter les effets de ce plafonnement sur les pensions de réversion des futur(e)s veuf(ve)s.

À défaut d'une mise sous condition de ressources des pensions de réversion servies par l'AGIRC-ARRCO, une formule alternative pourrait consister en la prise en compte progressive des pensions de réversion versées par les régimes complémentaires dans le cadre de l'application du plafond de ressources en vigueur dans le régime général.

Par ailleurs, dans le régime général et les régimes alignés sur ce dernier, un objectif de réduction des disparités pourrait conduire à prendre en considération, dans le cadre de cette condition de ressources, outre, le cas échéant, les pensions de réversion versées par les institutions de retraite complémentaire, progressivement l'ensemble des revenus du conjoint survivant, notamment ceux issus du patrimoine du conjoint décédé ou des biens de la communauté. Une évolution de cette nature apparaîtrait conforme à l'objet même d'une telle condition qui est de tenir compte de la situation financière réelle des personnes concernées.

482. Cour des comptes, *Rapport public thématique : Garantir l'avenir des retraites complémentaires des salariés (AGIRC et ARRCO)*, la Documentation française, décembre 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.

2 - Les règles d'attribution et de partage dans le cas d'ex-conjoints

Un calcul de la pension de réversion versée aux ex-conjoints survivants au *prorata* de la durée du mariage sur celle de la durée d'assurance (dans la limite de 100 %) pourrait être envisagé dans l'objectif de mettre fin à d'importantes disparités de traitement entre ayants droit selon que leur ex-conjoint s'est remarié ou pas, avec, notamment, un revenu significativement plus élevé en cas de non-remariage du défunt (ou de décès de l'autre ou des autres ayants droit).

Ce mode de calcul, s'il était retenu, permettrait que la pension du (de la) conjoint(e) ne soit plus tributaire des choix de vie de son ex-époux(se), de la survie ou non des autres ayants droit, ou encore du fait que ces derniers étaient le cas échéant encore mariés à l'assuré à la date du décès de ce dernier et, ce faisant, de remédier à certaines incohérences précédemment signalées. En contrepartie, le veuf(ve) pourrait cumuler dans tous les régimes, sous condition de ressources, des pensions de réversion liées à plusieurs conjoints successifs, alors que c'est parfois impossible aujourd'hui du fait de conditions de non-remariage (AGIRC-ARRCO) ou de non-cumul (fonctions publiques).

Une incidence favorable sur la gestion des pensions de réversion

Un calcul de la pension de réversion au *prorata* de la durée du mariage sur la durée d'assurance permettrait aussi de résoudre certaines difficultés de gestion, qui se traduisent par la non-application des règles de droit. Les régimes de retraite, en instruisant les demandes, en général du conjoint survivant (ou dernier ex-conjoint), ont communication des éléments relatifs à l'état-civil du défunt nécessaires au partage de la pension de réversion, puisque les demandeurs doivent fournir une copie intégrale de l'acte de naissance de l'ouvrant-droit. Cependant, pour calculer correctement la pension de réversion, ils doivent non seulement utiliser les éléments relatifs au nombre de mariages portés sur ce document, mais aussi, en principe, s'assurer de la survie des autres ayants droits éventuels, ce qui implique des recherches supplémentaires. De fait, s'ils n'ont pas à aviser les ex-conjoints de leurs droits, qui sont seulement réservés, puisque la réversion constitue un droit quérable, l'absence d'une telle vérification contrevient à la réglementation.

De plus, au régime général, les caisses doivent s'assurer de la survie des ayants droit potentiels non seulement à la liquidation de la première pension de réversion mais aussi par la suite, puisqu'elles doivent procéder à un nouveau partage au décès de l'un d'eux (même non-bénéficiaire). En pratique, elles n'effectuent habituellement pas de

diligences de cette nature. Le système d'information de la CNAVTS ne permet d'ailleurs pas de procéder automatiquement à ce recalcul au décès d'un (ex-)conjoint percevant une pension de réversion du régime général lui-même. Les régularisations s'avèrent donc tributaires d'éventuelles réclamations de la part d'un bénéficiaire ayant connaissance du décès d'un(e) autre ayant droit (même non-bénéficiaire) et portant cette information à l'attention de la caisse concernée.

Au-delà, la possibilité d'étendre cette règle de calcul à tous les cas, y compris en l'absence de divorce et de partage de la pension de réversion, pourrait être envisagée, ce qui remédierait à d'autres types de disparités. En effet, si l'assuré n'a été marié qu'une fois, sans se séparer, le conjoint survivant bénéficie de l'intégralité de la pension de réversion quand bien même il n'aurait vécu que très peu de temps avec lui, alors que ce n'est pas le cas de certains ex-conjoints ayant partagé son existence pendant de longues années.

3 - Une harmonisation des taux de réversion

Une évolution de cette nature pourrait passer par un alignement sur le taux de 54 % appliqué au régime général, d'où une amélioration de la situation à cet égard des bénéficiaires de la réversion dans la fonction publique d'État et à la CNRACL.

Cette harmonisation pourrait être étendue progressivement par les partenaires sociaux aux régimes dont ils ont la responsabilité. Alors que l'accord entre les partenaires sociaux de mars 2011 a harmonisé les règles applicables à l'AGIRC et à l'ARRCO en matière de majoration des droits propres pour charges de famille, le taux de réversion afférent aux droits familiaux est resté fixé à 100 % à l'ARRCO. Une première étape d'harmonisation envisageable pourrait consister à appliquer également un taux de 60 %, comme à l'AGIRC.

*

* *

Par ailleurs, une première étape dans le sens d'une plus grande clarté du financement pourrait consister à identifier dans les cotisations d'assurance vieillesse des différents régimes la part correspondant au financement des pensions de réversion qu'ils acquittent.

CONCLUSION

Les pensions de réversion conservent dans notre système de retraites une place déterminante, même si elle tend à se réduire. Près du quart des retraité(e)s en est attributaire. Elles apportent toujours une contribution significative à la réduction des écarts de revenus entre hommes et femmes à l'âge de la retraite, 90 % des bénéficiaires étant des femmes.

Pour autant, la persistance d'une très forte hétérogénéité des règles applicables entre les différents régimes crée de nombreuses et profondes disparités et des situations d'une grande complexité.

Ces règles n'ont pratiquement pas évolué alors même que les transformations de l'emploi et de la vie du couple modifient fortement le contexte social. Les droits propres qu'ont acquis les générations de femmes les plus récentes progressent rapidement du fait d'une activité professionnelle rémunérée devenue désormais la norme de référence et d'un allongement de la durée de leurs carrières, même si des disparités significatives demeurent par rapport à celles des hommes. La forte montée en charge des droits familiaux de retraite qui viennent se superposer le plus souvent aux droits conjugaux propres aux dispositifs de réversion contribue aussi de plus en plus à compenser les écarts entre hommes et femmes, pour partie d'une manière redondante.

Ces constats soulèvent la question d'une modernisation et d'une harmonisation à terme des dispositifs de réversion pour les rendre plus cohérents et plus justes, mais aussi plus soutenables eu égard aux difficultés financières récurrentes de moyen - long terme de notre système de retraite.

À ce titre, une réforme des mécanismes de réversion des différents régimes de retraite, couvrant tant le régime général de base des salariés que leurs régimes complémentaires et les régimes de la fonction publique et spéciaux, n'est envisageable que si des garanties indispensables sont clairement posées : l'absence de remise en cause des pensions déjà accordées, la prévisibilité des évolutions, la progressivité de la mise en œuvre et l'équité vis-à-vis des différentes catégories de retraité(e)s.

Dans le cadre de ces principes, les hypothèses de réforme présentées par la Cour pourraient contribuer à dessiner un scénario de référence pour une convergence à terme des dispositifs de réversion. Sa réalisation appellerait l'approfondissement des axes d'évolution suivants par les pouvoirs publics et par les partenaires sociaux, s'agissant pour ces derniers des régimes de retraite complémentaire des salariés dont ils ont la responsabilité :

- tendre à une harmonisation des conditions d'âge ouvrant le bénéfice de la réversion, ce qui pourrait passer notamment par l'introduction d'une telle disposition dans les régimes où elle n'existe pas. Cette cohérence accrue pourrait également se traduire par la suite par une évolution parallèle avec celle de l'âge d'ouverture du droit à retraite ;
 - aller vers l'instauration d'une condition de ressources dans les régimes qui en sont dépourvus (fonctions publiques et régimes spéciaux) et envisager une prise en compte plus complète des revenus réels du couple dans le calcul de celles qui existent ;
 - rechercher une harmonisation des taux de réversion ;
 - s'orienter vers une proratisation des pensions de réversion en fonction de la durée du ou des mariages rapportée à la durée d'assurance du conjoint décédé ;
 - examiner la possibilité de faire apparaître la part correspondant au financement des pensions de réversion au sein des cotisations d'assurance vieillesse.
-

Chapitre XII

L'accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler

PRÉSENTATION

Devant le constat qu'une partie des ménages dotés de faibles revenus se trouvait contrainte à renoncer à des soins, à défaut d'avoir souscrit des garanties d'assurance ou des garanties suffisantes, la loi du 27 juillet 1999 a instauré un dispositif public de couverture complémentaire santé gratuite en leur faveur : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

Puis, la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a instauré une subvention pour l'acquisition volontaire d'une assurance complémentaire santé dans le cadre individuel : l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), en faveur des ménages aux revenus faibles, mais dépassant ceux pris en compte pour attribuer la CMU-C.

Ces deux dispositifs sont financés par le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle complémentaire du risque maladie («Fonds CMU-C») ⁴⁸³, financé de manière prépondérante par une taxe assise sur le montant des primes et des cotisations versées par les entreprises, les salariés et les assurés à titre individuel pour l'acquisition de garanties d'assurance complémentaire dans un cadre obligatoire (complémentaire d'entreprise) ou facultatif : la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie (TSA),

La CMU-C et l'ACS couvrent des publics importants (respectivement 5,2 millions et 1,2 million de titulaires à fin 2014). Pour cette même année, les charges de prestations complémentaires afférentes à la CMU-C se sont élevées à 2,1 Md€ (dont 2 Md€ financés par le Fonds CMU-C et 0,1 Md€ restant à la charge de l'assurance maladie⁴⁸⁴) et celles relatives à l'ACS à 0,3 Md€.

La Cour a constaté que la mise en place de la CMU-C et de l'ACS s'était imposée sous l'effet du désengagement croissant de l'assurance maladie obligatoire de la prise en charge des dépenses de santé, en dehors des affections de longue durée (I). Ces dispositifs ont des effets seulement partiels sur l'accès aux soins des ménages défavorisés, l'extension continue de la population potentiellement bénéficiaire s'accompagnant en

483. Ce chapitre s'appuie sur les constats établis par la Cour dans le cadre d'une enquête sur le Fonds CMU-C qui a donné lieu à une communication à la commission des finances du Sénat en application de l'article 58, alinéa 2, de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, mai 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

484. Compte tenu du financement par le Fonds CMU-C des charges de prestations complémentaires liées à la CMU-C pour leur montant réel dans la limite d'un forfait.

particulier de la persistance d'un non-recours massif (II). Compte tenu de l'incidence de l'extension de la population de leurs bénéficiaires potentiels sur leur soutenabilité financière, un ciblage accru de ces dispositifs apparaît devoir être envisagé (III).

I - Une place importante dans l'organisation de la protection sociale

En France, les dépenses de santé sont prises en charge à un double niveau : l'assurance maladie de base, à laquelle les personnes ayant une activité professionnelle ou bénéficiant de certaines prestations sociales et leurs ayants droit sont obligatoirement affiliées, couvre les dépenses de santé dans la limite de tarifs de responsabilité et d'un ticket modérateur ; au-delà, les assurés sociaux ont la faculté de contracter une assurance privée à leur initiative, à moins qu'ils ne bénéficient d'une couverture complémentaire obligatoire dans le cadre de leur entreprise.

La déconnexion croissante de la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire de base par rapport aux dépenses en question a conduit les pouvoirs publics à instaurer en faveur des ménages défavorisés des dispositifs de prise en charge des dépenses de santé au-delà de la part de ces dépenses couverte par l'assurance maladie obligatoire de base. Pour ces ménages, la prise en charge publique des dépenses de santé se dédouble ainsi entre l'assurance maladie obligatoire de base commune à l'ensemble de la population et deux étages complémentaires, de nature différente, qui leur sont spécifiquement destinés : la CMU-C et l'ACS.

A - L'érosion de la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire de base, en dehors des affections de longue durée

Les restes à charge des dépenses de santé laissés par l'assurance maladie obligatoire ont eu tendance à s'accroître substantiellement.

1 - Le maintien d'une partie des dépenses à la charge des assurés par l'assurance maladie obligatoire

L'assurance maladie obligatoire de base prend en charge les dépenses de santé, y compris des plus lourdes (hospitalisation), exposées par les assurés sociaux dans la double limite de tarifs de responsabilité et d'un ticket modérateur (ou, pour certains actes hospitaliers particulièrement coûteux, d'une participation forfaitaire de 18 €).

Le ticket modérateur a pour objet de responsabiliser les assurés sociaux et, implicitement, de laisser un champ d'activité aux mutuelles (anciennes gestionnaires des assurances sociales de la loi de 1930), rejointes depuis lors par les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Contrairement à d'autres pays, comme l'Allemagne⁴⁸⁵, le revenu disponible n'intervient pas dans la détermination de la part des dépenses laissée à la charge des ménages.

La portée des tickets modérateurs est atténuée par des exonérations au titre des dépenses exposées en rapport avec une affection de longue durée (ALD), une maternité, un accident du travail ou une maladie professionnelle, par les titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de retraite substituée à une pension d'invalidité, ou au titre de certains actes ou prestations⁴⁸⁶.

Cependant, les assurés n'entrant pas dans le champ de ces exonérations peuvent subir des frais élevés, tout particulièrement quand ils ne sont pas couverts par une assurance complémentaire de bon niveau. Ces frais portent notamment sur des actes réalisés à l'hôpital. Malgré les recommandations de la Cour en ce sens depuis plus de dix ans⁴⁸⁷, leur tarification n'a pas été réformée.

485. Dans ce pays, les participations demandées aux usagers (ticket modérateur, forfait journalier hospitalier) ne peuvent dépasser un certain pourcentage du revenu. Voir chapitre XVI du présent rapport : les systèmes d'assurance maladie en France et en Allemagne, p. 589-634.

486. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre X : la prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale, p 289-320, septembre 2011, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

487. Dernièrement renouvelées dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010 précité.

Par ailleurs, des participations à la charge des assurés ont été instaurées au-delà du ticket modérateur : forfait journalier hospitalier (1983) ; franchises (2005) et participations forfaitaires (2008), avec des exonérations et dans la limite d'un montant annuel (50 € par assuré). Le montant du forfait hospitalier a augmenté plus que proportionnellement à celui du revenu disponible des ménages.

L'augmentation du montant du forfait hospitalier

Le forfait hospitalier a été instauré pour un montant de 20 F en 1983 (soit 3,05 €). À la suite des nombreuses augmentations qui lui ont été apportées, il s'élève depuis 2010 à 18 €. Le montant du forfait hospitalier a ainsi été multiplié par près de 6. Dans le même temps, le revenu disponible des ménages (après prestations sociales) a été multiplié en termes nominaux par près de 3,3.

2 - Des dépassements croissants au-delà des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie

La régulation insuffisante des tarifs pratiqués par certains professionnels de santé est à l'origine de dépassements croissants au-delà des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie obligatoire de base.

Depuis 1980, les médecins disposent de la faculté de pratiquer des dépassements d'honoraires au-delà des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie, en principe « avec tact et mesure », tout en demeurant conventionnés (médecins dits de secteur II). Si la proportion globale de médecins de secteur II est stable, elle a augmenté s'agissant des spécialistes. Les dépassements s'inscrivent eux aussi en nette hausse.

L'augmentation des dépassements d'honoraires médicaux

Depuis 1985, la proportion globale de médecins de secteur II s'inscrit aux alentours de 25 %. Cette stabilité globale recouvre une évolution différenciée entre les généralistes et les spécialistes : la part des spécialistes est passée de 30 % à 43 % entre 1985 et 2013, celle des généralistes diminuant dans le même temps de 16 % à 9,5 %⁴⁸⁸.

488. Orientations pour des négociations conventionnelles avec les médecins, conseil de l'UNCAM du 12 juillet 2012, actualisation 2013 : observatoire des pratiques tarifaires, 12 mars 2014.

Pour certaines spécialités, les médecins de secteur II représentent une part prépondérante des médecins au niveau national. Dans certaines zones géographiques, les médecins de secteur II représentent une part majoritaire non seulement des spécialistes, mais aussi des généralistes⁴⁸⁹.

Les niveaux de dépassement ont augmenté : le taux de dépassement global⁴⁹⁰ des spécialistes est ainsi passé de 23 % en 1985 à 56 % en 2013.

Par ailleurs, les tarifs de responsabilité de l'assurance maladie n'ont pas été ajustés afin de suivre l'évolution du prix de certains biens de santé, notamment l'optique et les prothèses auditives⁴⁹¹. S'agissant de l'optique, ces tarifs n'ont pas été revalorisés depuis plusieurs décennies. En 2011, l'assurance maladie obligatoire de base finançait 3,9 % seulement de la dépense d'optique correctrice.

Selon les comptes nationaux de la santé⁴⁹², la part des dépenses de santé (consommation de soins et de biens médicaux) prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de base oscille aux alentours de 76 % depuis le début des années 1990.

Cette stabilité apparente recouvre cependant des niveaux très différents entre la population, toujours croissante, qui bénéficie d'une prise en charge intégrale au titre des affections de longue durée (ALD) et le reste de la population, dont la couverture par l'assurance maladie de base se dégrade. Selon le dernier rapport annuel du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), la part de la dépense prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de base atteignait 88,6 % en 2012 pour les titulaires d'une ALD (dont 95 % pour les soins à l'hôpital et 84,4 % pour les soins ambulatoires, optique comprise), mais s'abaissait à 61,3 % pour les autres assurés (dont 88,1 % pour l'hôpital et 51 % pour les soins ambulatoires précités).

489. Voir annexe 1 du présent rapport « Le suivi des recommandations formulées par la Cour », p. 637-652.

490. Total des dépassements rapporté au total des honoraires sans dépassement.

491. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XIV : la prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses, p 393-420, septembre 2012, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

492. Établis par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

B - La mise en place d'étages distincts de couverture complémentaire pour les ménages défavorisés

Compte tenu de l'acuité du renoncement aux soins par les ménages défavorisés, renforcé par le désengagement de l'assurance maladie obligatoire de base, les pouvoirs publics ne se sont pas limités à généraliser l'assurance maladie obligatoire de base à travers la couverture maladie universelle de base (CMU-B), en fonction d'un critère subsidiaire relatif à la résidence en France. Ils ont aussi instauré une couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), par la suite suivie d'une aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

La couverture maladie universelle de base (CMU-B)

La loi du 27 juillet 1999 a instauré la couverture maladie universelle de base, qui s'est substituée à l'assurance personnelle, prise en charge de manière hétérogène par les conseils généraux dans le cadre de l'aide médicale gratuite.

La CMU de base a pour objet d'assurer l'affiliation à l'assurance maladie obligatoire de base des personnes qui ne peuvent y être affiliées à un autre titre (activité professionnelle, attribution de prestations sociales, ayant droit d'un affilié ou maintien des droits).

Les prestations sont financées par la branche maladie du régime général de sécurité sociale, auquel les titulaires de la CMU-B sont affiliés. Sauf exception⁴⁹³, les bénéficiaires de la CMU-B (2,4 millions de titulaires à fin 2014, formés principalement par des titulaires du revenu de solidarité active (RSA) socle⁴⁹⁴ et leurs ayants droit) n'y contribuent pas, eu égard au niveau de leurs ressources.

1 - L'instauration d'une couverture complémentaire gratuite par exception à l'assurance privée : la CMU-C

La CMU-C a été instaurée par la loi du 27 juillet 1999, en remplacement de l'aide médicale gratuite, qui était attribuée dans des conditions hétérogènes par les conseils généraux.

493. Versent des cotisations, au taux de 8 %, les personnes titulaires de la CMU-B dont les ressources dépassent un certain plafond (9 601 € par foyer à compter du 1^{er} octobre 2014), soit 48 000 personnes en 2014 (2 % du total).

494. Cette prestation, dont le montant forfaitaire varie en fonction du nombre de membres du foyer, assure un minimum de ressources aux personnes qui n'exercent aucune activité professionnelle et ne sont pas couvertes par un dispositif de prise en charge au titre du chômage.

Elle consiste en une couverture complémentaire gratuite, d'une durée de douze mois indéfiniment renouvelable, en faveur des foyers dont les ressources des douze derniers mois précédant la demande sont inférieures à un plafond (au 1^{er} juillet 2014, 8 644,52 € par an pour une personne seule résidant en métropole, montant majoré en fonction de la taille du foyer) et, par dérogation au critère de ressources, à ceux qui bénéficient du revenu de solidarité active (RSA) socle. La reconnaissance du droit à la CMU-C est matérialisée par une attestation.

Les titulaires de la CMU-C (5,2 millions à fin 2014) ont la faculté de faire gérer leurs prestations complémentaires soit par leur caisse d'assurance maladie, soit par un organisme proposant des garanties d'assurance complémentaire santé (mutuelle, société d'assurance ou institution de prévoyance). Les caisses d'assurance maladie regroupent une part prépondérante d'entre eux (86,4 % à fin 2014). Si le titulaire de la CMU-C choisit une gestion par un organisme d'assurance et perd ultérieurement cette qualité, l'organisme d'assurance doit lui proposer une prolongation d'adhésion ou un contrat d'une durée d'un an ayant les mêmes prestations que la CMU-C, à un tarif préférentiel fixé par arrêté.

Les titulaires de la CMU-B et de la CMU-C : une coïncidence partielle

Fin 2014, 1,8 million d'assurés du régime général de sécurité sociale bénéficiaient simultanément de la CMU-B pour leur couverture de base et de la CMU-C pour leur couverture complémentaire (soit respectivement 74,2 % des bénéficiaires de la CMU-B et 38 % de ceux de la CMU-C affiliés au régime général). À titre principal (83,4 %), il s'agit d'allocataires du revenu de solidarité active - socle et de leurs ayants droit.

2 - Le subventionnement de l'accès à une assurance privée individuelle : l'aide au paiement d'une complémentaire santé

En cas de dépassement, même minime, du plafond de ressources de la CMU-C, les ménages étaient privés de l'ensemble de ses avantages. Afin de lisser l'effet de seuil lié au plafond de ressources de la CMU-C, la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a créé l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), attribuée en fonction d'un plafond fixé en pourcentage de celui de la CMU-C.

L'attribution de l'ACS est tributaire des mêmes conditions de stabilité de la résidence en France et de régularité du séjour que la CMU-C. Comme cette dernière, elle est matérialisée par une attestation.

À la différence de la CMU-C, l'ACS ne constitue pas un dispositif dérogatoire au marché de l'assurance complémentaire santé, mais une subvention à la souscription de garanties d'assurance sur ce dernier. Fin

2014, 1,2 million de personnes étaient titulaires d'un droit à l'ACS et près d'un million l'utilisaient à la même date pour souscrire des garanties d'assurance complémentaire santé.

L'absence de création d'une « CMU-C contributive »

Une autre voie d'évolution que l'ACS aurait permis de lisser l'effet de seuil de la CMU-C, en procurant les droits qui lui sont liés à des personnes dotées de revenus plus élevés : la création d'une « CMU-C contributive », c'est-à-dire d'une protection complémentaire accordée en contrepartie d'une participation réduite de ses bénéficiaires et prélevée dans le cas général sur les prestations sociales qui leur sont versées.

Dans ce cadre, la gratuité de la CMU-C aurait pu être rendue dégressive en fonction de l'élévation des revenus de ses titulaires, ce qui aurait permis de mettre fin au report croissant de l'effet de seuil lié à l'origine au plafond de ressources de la CMU-C sur celui de l'ACS, compte tenu de l'augmentation du montant de cette aide et du renforcement de son contenu en droits (voir *infra*).

En outre, la CMU-C appelle une seule démarche, auprès de la caisse d'assurance maladie d'affiliation, alors que l'ACS requiert d'en demander l'attribution à la caisse d'assurance maladie, puis de contacter un ou plusieurs assureurs afin de l'utiliser.

Cependant, cette voie d'évolution a été écartée, en 2004 et à nouveau en 2013, en fonction de considérations exogènes à son coût et à son efficacité pour l'accès aux soins par les ménages défavorisés : la réduction du marché de l'assurance complémentaire santé qui en aurait résulté, au détriment principalement des mutuelles.

C - La priorité donnée au renforcement de l'ACS

Depuis 2005, les pouvoirs publics ont élargi l'accès à l'ACS et, à un moindre degré, à la CMU-C à des publics de plus en plus vastes en relevant leurs plafonds de ressources. En outre, ils ont fortement augmenté le montant de l'ACS.

1 - L'élargissement de l'accès à l'ACS et, à un moindre degré, à la CMU-C

Le plafond de ressources de l'ACS est fixé en pourcentage de celui de la CMU-C. Depuis la création de cette aide, il a fait l'objet de cinq relèvements successifs au total.

Afin d'augmenter la population éligible à cette aide, il a été porté de 15 % au-delà de celui de la CMU-C à l'entrée en vigueur de l'aide au

1^{er} janvier 2005 à 20 % au 1^{er} janvier 2007, puis à 26 % au 1^{er} janvier 2011 et, en dernier lieu, à 35 % au 1^{er} janvier 2012.

En outre, les plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS ont été conjointement augmentés en termes réels en juillet 2013, dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale annoncé par le Premier ministre, à un taux (+7 % ou +8,3 % inflation comprise) fixé pour porter le plafond de l'ACS au niveau du seuil statistique de pauvreté monétaire (égal à 60 % du revenu disponible médian des ménages).

2 - L'augmentation du montant de l'ACS

Depuis sa création, l'ACS a fait l'objet de quatre augmentations, modulées en fonction de l'âge de ses bénéficiaires.

Tableau n° 82 : augmentations du montant de l'ACS

En €

	< 16 ans	16-24 ans	25-49 ans	50-59 ans	60 ans >
1/1/2005	75	75	150	150	250
1/1/2006	100	100	200	200	400
21/7/2009		200		350	500
1/1/2010					
1/1/2014		550			
Augmentation	+33,3 %	+166,7 %	+33,3 %	+133,3 %	+120,0 %

Source : lois de financement de la sécurité sociale, loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

L'ACS réduit dans une mesure importante la dépense supportée par ses bénéficiaires pour l'acquisition de garanties d'assurance. En 2013, elle a ainsi pris en charge, en moyenne, plus de la moitié (52 %) du tarif des garanties souscrites et permis de ramener le taux d'effort financier des utilisateurs de l'ACS au niveau constaté pour les cadres et les professions intellectuelles (soit 4,1 %, ou un demi-mois de revenu). L'effort financier demeure cependant élevé pour les personnes âgées de 70 ans et plus (5,4 % pour les 70 à 79 ans 6,4 % pour les 80 ans et plus).

II - Un accès aux soins toujours imparfaitement assuré

La CMU-C et, plus encore, l'ACS n'atteignent qu'imparfaitement les objectifs qui leur sont assignés : une part importante - prépondérante dans le cas de l'ACS - des personnes qui remplissent les conditions pour les obtenir n'en bénéficie pas effectivement. Les titulaires de la CMU-C et, compte tenu des avantages qui leur ont été accordés, ceux de l'ACS se heurtent à des obstacles, financiers ou autres, pour accéder aux soins.

A - Des dispositifs qui n'atteignent qu'une partie de leurs bénéficiaires potentiels

Compte tenu de l'augmentation des revenus réels des ménages, l'indexation du plafond de ressources de la CMU-C sur les prix a entraîné une baisse du nombre de ses titulaires entre fin 2000 et fin 2005 (de 5,1 à 4,8 millions), puis entre fin 2005 et fin 2009 (de 4,45⁴⁹⁵ à 4,2 millions). Depuis lors, le nombre de titulaires de la CMU-C est passé de 4,2 millions de personnes à fin 2009 à 5,2 millions de personnes à fin 2014 (soit 7,7 % des assurés sociaux), sous l'effet de la crise économique (+0,7 million) et de l'augmentation précitée du plafond de ressources de juillet 2013 (+0,3 million).

Sous l'effet des relèvements de plafonds de ressources, le nombre de titulaires d'une attestation à l'ACS a triplé depuis l'instauration de cette aide, passant de 0,4 million à fin 2005 à 1,2 million à fin 2014 (soit 1,8 % des assurés sociaux)⁴⁹⁶.

Toutefois, une part importante des publics visés par la CMU-C et, plus encore, par l'ACS n'en bénéficie pas effectivement.

495. Nouvelle série de données, à la suite de la suppression de doubles comptes.

496. Compte tenu de l'absence de gestion de cette information par les systèmes d'information de l'assurance maladie (avant le 1^{er} juillet 2015), le nombre de ceux qui souscrivent effectivement des garanties d'assurance complémentaire santé n'est pas connu. Le nombre de contrats souscrits oscille aux alentours de 80 % des attestations délivrées.

1 - L'étendue du non-recours à la CMU-C

Suivant l'estimation la plus récente⁴⁹⁷, la population éligible à la CMU-C est passée en France métropolitaine de 4,7 millions à 5,6 millions de personnes en moyenne annuelle en 2011 à 5,9 millions à 7,1 millions de personnes en moyenne au second semestre 2013, sous l'effet de la progression du chômage et de la croissance du nombre de titulaires du RSA ainsi que de l'augmentation exceptionnelle du plafond de ressources de juillet 2013.

Pour 2013, le taux de non-recours à la CMU-C serait compris en moyenne annuelle entre 28 % et 40 %, soit entre 1,6 et 2,7 millions de personnes, pour la seule France métropolitaine. Malgré une situation économique et sociale dégradée, il a augmenté de manière importante⁴⁹⁸.

Pour une part, le non-recours à la CMU-C découle du non-recours au RSA socle, dont les titulaires bénéficient de droit de la CMU-C⁴⁹⁹. De surcroît, 20 % des titulaires du RSA socle ne recourent pas à la CMU-C, alors qu'ils y ont accès de plein droit. En effet, selon une étude récente sur l'état de santé et le renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA⁵⁰⁰, 12 % sont couverts par une assurance complémentaire, alors qu'ils ont droit à la CMU-C (une part inconnue, mais potentiellement minoritaire d'entre eux étant susceptible de bénéficier de manière transitoire de la couverture procurée par l'entreprise dont ils étaient salariés); 8 % des titulaires du RSA socle ne bénéficient d'aucune protection complémentaire santé, quelle qu'elle soit.

Une part indéterminée des ménages qui ne demandent pas l'attribution de la CMU-C est dépourvue de toute couverture complémentaire santé; l'autre souscrit des garanties d'assurance, probablement inférieures aux prestations obligatoires de la CMU-C. Aucune étude récente ne vient éclairer cet état de fait *a priori* paradoxal.

497. DREES, décembre 2014.

498. À méthode homogène d'estimation, le taux de non-recours à la CMU-C était compris entre 19 % et 32 % pour 2011 et entre 21 % et 34 % pour 2012.

499. Dans un chapitre à son rapport public annuel de 2013 (« le RSA activité : une prestation peu sollicitée, un impact restreint »), la Cour a souligné l'importance du non-recours au RSA socle. Selon une enquête de la direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (DARES), le non-recours s'élevait en 2010 à 36 % des bénéficiaires potentiels (valeur centrale de l'estimation), soit un taux voisin de celui du non-recours à la CMU-C. Il n'existe pas de données plus récentes.

500. Études et résultats n° 882 – juin 2014.

2 - Un non-recours prépondérant à l'ACS

Malgré son caractère de plus en plus incitatif, l'ACS n'est demandée que par une minorité des ménages qui y ont droit.

Les relèvements successifs du plafond de ressources de l'ACS ont porté le nombre de personnes qui, en France métropolitaine⁵⁰¹, répondent aux conditions de ressources pour en bénéficier de 0,8 million à 1,1 million en moyenne annuelle à son entrée en vigueur en 2005 à 3,6 millions à 5,2 millions en moyenne au second semestre 2013.

Le taux de non-recours à l'ACS serait compris pour l'année 2013, en moyenne annuelle, entre 59 % et 72 %, soit 1,9 million à 3,4 millions de personnes pour la seule France métropolitaine. Malgré la dégradation de la situation économique et sociale, il a progressé depuis 2011⁵⁰².

De fait, les mesures visant à augmenter la population des personnes éligibles et le montant de l'ACS se sont accompagnées d'une croissance moins que proportionnelle du nombre de demandeurs de cette aide. L'échec de l'ACS est d'autant plus marqué que les caisses d'assurance maladie du régime général accordent souvent des compléments à cette dernière afin d'inciter à y recourir et à l'utiliser (à un tiers environ de ceux qui souscrivent effectivement des garanties d'assurance, pour un montant total de 32,3 M€ en 2013).

Pour une part, la faiblesse du taux de recours à l'ACS est à relier à celle du taux de recours au RSA activité. Compte tenu du niveau de leurs ressources, la plupart des personnes éligibles au RSA activité le sont également à l'ACS⁵⁰³.

501. Malgré l'enjeu qui s'attache à leur évaluation, les bénéficiaires potentiels de la CMU-C et à l'ACS dans les DOM ne font pas l'objet d'estimations.

502. Dans l'estimation de la DREES (décembre 2014), le taux de non-recours à l'ACS était compris entre 49 % et 64 % pour 2011 et entre 57 % et 70 % pour 2012.

503. Selon une enquête de la direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (DARES, fin 2010), le non-recours au RSA activité seul (hors cumul avec le RSA socle) atteignait 68 % des bénéficiaires potentiels de ce droit (valeur centrale de l'estimation), soit un taux voisin de celui du non-recours à l'ACS.

B - Des écarts de prise en charge qui se réduisent

Compte tenu de la différence de nature de ces deux dispositifs, la CMU-C et l'ACS procurent des niveaux distincts de prise en charge des dépenses de santé. Les évolutions récentes apportées à l'ACS conduisent toutefois à réduire, voire, pour la prise en charge de certaines dépenses de santé et d'autres avantages sociaux, à annuler les écarts entre la couverture sociale procurée par cette dernière et celle, étendue et de bon niveau, de la CMU-C.

1 - Un « panier de soins » étendu et de bon niveau dès l'origine pour la CMU-C

Par la protection complémentaire gratuite qu'elle procure et les droits connexes qui lui sont liés, la CMU-C crée les conditions d'un large accès aux soins par les personnes qui en bénéficient.

Les titulaires de la CMU-C sont exonérés de ticket modérateur⁵⁰⁴. En outre, ils ne supportent pas le forfait journalier hospitalier, ni les participations forfaitaires et franchises en ville et à l'hôpital. Par ailleurs, ils n'ont pas à faire l'avance des frais (tiers payant intégral). Enfin, sauf exigence particulière de leur part, les médecins généralistes et spécialistes de secteur II ne peuvent pratiquer de dépassements d'honoraires à leur égard.

En matière de dispositifs médicaux à usage individuel (optique, prothèses dentaires, prothèses auditives et autres dispositifs⁵⁰⁵), les professionnels concernés sont tenus de proposer aux bénéficiaires de la CMU-C des équipements adéquats dans la limite de tarifs opposables. Si les titulaires de la CMU-C souhaitent disposer d'autres équipements, ils doivent en assumer le coût au-delà des tarifs précités.

Au-delà de la prise en charge des dépenses de santé, les titulaires de la CMU-C bénéficient des tarifs sociaux de l'électricité et du gaz et, parfois, de réductions dans les transports en commun (Île-de-France).

Selon une étude portant sur l'année 2010 publiée par la CNAMTS⁵⁰⁶, la CMU-C solvabilise très largement les dépenses de santé

504. En l'absence d'une disposition réglementaire en ce sens, ils en sont également *de facto* exonérés même en cas de non-respect du parcours de soins.

505. Notamment cannes, déambulateurs, fauteuils roulants, produits pour diabétiques, orthèses pour l'appareillage du genou, colliers cervicaux, compresses et pansements.

506. Points de repère n° 35 – septembre 2011.

de ses bénéficiaires. Ainsi, en moyenne, ces derniers supportaient un reste à charge égal à 1,8 % de leurs dépenses. Plus des trois-quarts des bénéficiaires de la CMU-C n'avaient aucun reste à charge ; pour 95 % de ceux qui en avaient eu un, il s'élevait à moins de 5 € par mois.

Compte tenu d'un niveau de couverture d'emblée conséquent, peu d'évolutions ont été apportées au contenu des droits procurés par la CMU-C depuis sa création. Elles ont consisté en des revalorisations des tarifs opposables du « panier » des dispositifs médicaux à usage individuel et en l'intégration à ce dernier de prestations supplémentaires afin de tenir compte de la montée en gamme des dispositifs médicaux (2002 pour les autres dispositifs médicaux, 2006 pour les soins dentaires, 2014 pour les soins dentaires, l'optique et les prothèses auditives). Les dernières revalorisations (2014) sont de nature à réduire les restes à charge élevés qui pouvaient parfois être constatés dans l'étude précitée.

2 - Une amélioration récente de la couverture procurée par l'ACS

À sa création en 2005, le contenu des garanties procurées par les contrats souscrits par les titulaires d'une attestation à l'ACS ne faisait l'objet d'aucun encadrement.

En 2006, l'utilisation de l'ACS a été conditionnée à la souscription de contrats « responsables »⁵⁰⁷, alors défiscalisés. Toutefois, le socle de garanties obligatoires des contrats responsables était étroit⁵⁰⁸. De surcroît, une part prépondérante des utilisateurs de l'ACS souscrivait des garanties de faible niveau⁵⁰⁹.

507. Mis en place par la réforme de l'assurance maladie de 2004, les contrats « responsables » ne remboursent pas les franchises médicales et participations forfaitaires à la charge de l'assuré, ainsi que les majorations de ticket modérateur et dépassements appliqués pour cause de non-respect du parcours de soins.

508. Prise en charge du ticket modérateur sur les consultations médicales auprès du seul médecin traitant (intégrale), des médicaments remboursés à 65 % par l'assurance maladie (à hauteur de 30 %) et des frais d'analyse et de laboratoire prescrits par le médecin traitant (à hauteur de 35 %).

509. En 2013, les contrats classés E, ceux procurant les garanties les plus faibles, dans la typologie des contrats d'assurance les plus souscrits établie par la DREES regroupaient près de la moitié des utilisateurs de l'ACS (47,6 %), contre moins d'un sixième (15,6 %) de celle des contrats individuels pris ensemble en 2012 ; les contrats de classe D tenaient eux aussi une place plus importante (31,6 %, contre 24 %). De plus, les contrats souscrits par les titulaires de l'ACS comportaient en moyenne des garanties moins élevées que celles figurant dans les contrats individuels de même classe pris dans leur ensemble.

Les pouvoirs publics ont cependant récemment transformé l'ACS, d'une simple aide à l'achat de n'importe quelle garantie d'assurance complémentaire ou presque en une aide consacrée à la souscription de contrats sélectionnés après appel à la concurrence.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, les contrats souscrits par les titulaires de l'ACS comportent un niveau de droits plus élevé. En effet, seuls sont éligibles à l'ACS les contrats d'assurance sélectionnés par l'État⁵¹⁰, dans le cadre d'une procédure d'avis de mise en concurrence⁵¹¹, sur la base de socles obligatoires de garanties souvent proches des prestations obligatoires de la CMU-C (prise en charge intégrale du forfait journalier hospitalier et du ticket modérateur, à l'exception des médicaments classés à service médical faible et des cures thermales). Quel que soit le contrat, les dépenses à l'hôpital sont ainsi intégralement prises en charge.

La principale différence avec la CMU-C porte sur les dispositifs médicaux : prise en charge de l'optique et des prothèses dentaires au-delà du ticket modérateur par une partie seulement des contrats, niveaux différenciés de prestations pour les soins dentaires et l'optique suivant les contrats, absence de forfait spécifique pour les autres dispositifs.

La sélection des contrats d'assurance complémentaire éligibles à l'ACS améliore nettement le rapport qualité / prix des garanties. Selon les éléments d'analyse disponibles, le montant moyen des primes et cotisations baisserait fortement par rapport aux contrats aujourd'hui souscrits (de 15 % à 37 % en fonction des contrats sélectionnés et des classes d'âge). Alors que l'ACS a pris en charge en 2013, en moyenne, un peu plus de la moitié (52,5 %) des tarifs des contrats souscrits avec le concours de cette aide, cette proportion atteint près de 80 % pour le contrat d'entrée de gamme, 67 % pour celui de niveau intermédiaire et 56 % pour celui offrant les meilleures garanties.

Afin de permettre aux assurés titulaires d'une attestation d'un droit à l'ACS d'exercer la faculté de choix qui leur est reconnue au mieux de leurs intérêts et attentes, il conviendrait cependant que les caisses

510. Un arrêté du 10 avril 2015, modifié par un arrêté du 25 juin 2015, a fixé, pour une période de trois ans à compter du 1^{er} juillet 2015, la liste des 11 offres comportant des contrats éligibles à l'ACS. Les 33 contrats concernés se répartissent en trois niveaux distincts de prise en charge, la différenciation des garanties portant uniquement sur les dispositifs médicaux (voir *infra*) : 11 contrats pour le niveau d'entrée de gamme (équivalent à un contrat de classe E dans la typologie précitée de la DREES), 11 pour le niveau intermédiaire (équivalent à un contrat de classe D) et 11 pour le niveau le plus élevé (contrat de classe C).

511. En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

d'assurance maladie et les sites internet des régimes obligatoires de base d'assurance maladie mettent à leur disposition un calculateur du prix des garanties en fonction de l'âge, après déduction de l'ACS, ainsi que des éléments d'information qualitatifs sur les contrats sélectionnés.

Au-delà d'un meilleur niveau de protection complémentaire, les titulaires de l'ACS bénéficient désormais de la plupart des droits sociaux connexes dont jouissent ceux de la CMU-C, indépendamment de la souscription de garanties d'assurance : interdiction des dépassements d'honoraires médicaux⁵¹², exonération des participations forfaitaires et de la plupart des franchises⁵¹³, tiers payant intégral, y compris sur la part complémentaire⁵¹⁴ et tarifs sociaux de l'électricité et du gaz⁵¹⁵.

C - Un accès aux soins toujours imparfaitement assuré

Malgré les avantages élevés qu'elle procure, les titulaires de la CMU-C continuent à éprouver des difficultés d'accès aux soins en raison soit de la méconnaissance de leurs droits, soit de refus de soins opposés par certains professionnels de santé. Les titulaires de l'ACS font face à des difficultés pour partie identiques.

1 - La persistance d'obstacles financiers perçus ou avérés à l'accès aux soins des titulaires de la CMU-C

Une part importante des titulaires de la CMU-C indique éprouver des difficultés d'accès aux soins pour des motifs financiers ou autres.

Les renoncements aux soins pour des motifs financiers par les titulaires de la CMU-C

Selon l'enquête biennale effectuée par l'institut de recherche et de développement en économie de la santé (IRDES), 26,7 % de la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans déclarait en 2012 avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières au cours des douze mois précédents (au titre notamment des prothèses et des soins dentaires, de l'optique et des consultations de spécialistes). S'agissant des titulaires de la CMU-C, cette proportion est inférieure à celle des personnes sans couverture complémentaire (32,8 % contre 54,8 %), mais supérieure à celle des souscripteurs de garanties d'assurance (24,5 %).

512. Avenant n° 8 à la convention médicale, entré en vigueur le 15 février 2013.

513. En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

514. À compter du 1^{er} juillet 2015 en application de la loi précitée.

515. Depuis 2013.

Dans le cadre d'une enquête portant sur un échantillon de personnes fréquentant les centres d'examen de santé de l'assurance maladie en 2010, souvent précarisés, plus d'un tiers des répondants titulaires de la CMU-C (36,6 %) indiquaient avoir renoncé à des soins pour des raisons en tout ou partie d'ordre financier (au titre notamment des prothèses et des soins dentaires, de l'optique et des consultations de spécialistes, ainsi que des médicaments). La proportion de renonçants est moins élevée pour les titulaires de la CMU-C depuis un an et plus, qui sont plus fortement susceptibles d'avoir expérimenté les avantages qu'elle procure, que pour ceux de moins d'un an.

2 - La persistance de refus de soins

Dans une mesure indéterminée, les résultats des enquêtes précitées traduisent une méconnaissance des avantages que procure la CMU-C ou reflètent l'incidence de comportements de refus de soins opposés par certains professionnels de santé, entendus comme l'absence de délivrance des soins dans les conditions prévues par la réglementation (refus de prise en charge ou du tiers payant, dépassements tarifaires, délais abusifs de prise de rendez-vous...).

De nombreux « tests » ont été effectués au cours de la décennie précédente, notamment en région parisienne afin d'apprécier l'accueil réservé par les professionnels libéraux de santé aux bénéficiaires de la CMU-C, mais n'ont pas été reconduits depuis lors. Ils faisaient cependant apparaître des fréquences élevées de refus de soins par les médecins spécialistes et les chirurgiens-dentistes.

Pour autant, le cadre juridique de la mise en cause et de la sanction des professionnels de santé à l'origine de refus de soins n'a, pour l'essentiel, pas évolué. Les juridictions ordinaires, devant lesquelles peu de plaintes pour refus de soins sont déposées, demeurent seules compétentes pour sanctionner les refus de soins opposés aux titulaires de la CMU-C⁵¹⁷. En effet, malgré la volonté exprimée par le législateur de lutter plus efficacement contre les refus de soins, les dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la

517. Les refus de soins sont exposés à deux types de sanctions : des sanctions disciplinaires au regard des obligations déontologiques fixées par le code de la santé publique, prononcées par une chambre disciplinaire de l'ordre composée de pairs ; des sanctions pour fautes, fraudes, abus et tous faits intéressant l'exercice de la profession, prononcées sur le fondement des dispositions du code de la sécurité sociale par une section particulière de la chambre disciplinaire composée de pairs et de représentants des caisses d'assurance maladie (section des assurances sociales).

santé et aux territoires (« HPST ») ayant notamment pour objet de permettre aux directeurs de caisses d'assurance maladie de sanctionner sur un plan financier les professionnels de santé ne respectant pas leurs obligations n'ont toujours pas fait l'objet de décrets d'application, plus de six ans après la promulgation de ce texte.

À l'instar de ceux de la CMU-C, les titulaires de l'ACS bénéficient du tiers payant (pour la part de base depuis 2006 et, à compter du 1^{er} juillet 2015, la part complémentaire) et de l'interdiction des dépassements d'honoraires médicaux (depuis la mi-février 2013). Ces droits sont en pratique peu respectés : selon la CNAMTS, 61,6 % des titulaires de l'ACS ayant consulté un médecin de secteur II au premier semestre 2014, soit plus de 163 000 assurés, ont subi un dépassement d'honoraires représentant en moyenne 25,5 % du tarif opposable, soit qu'ils méconnaissent leurs droits ou se soient abstenus de les faire valoir, soit que le professionnel de santé ne s'en soit pas assuré sur les télé-services de l'assurance maladie ou n'en ait pas tenu compte.

L'intégration au 1^{er} juillet 2015 à la carte Vitale de l'information relative à l'ACS afin de permettre la généralisation du tiers payant conduira à porter la qualité de titulaire de l'ACS à la connaissance directe des professionnels de santé. Au vu du précédent de la CMU-C, il est improbable qu'elle suffise à elle seule à assurer la pleine application des droits accordés aux titulaires de l'ACS.

III - Vers un ciblage accru des dispositifs

L'élargissement massif de la population des bénéficiaires potentiels de la CMU-C et de l'ACS à laquelle ont procédé les pouvoirs publics soulève à moyen terme un grave problème de soutenabilité financière, qui appelle une gestion beaucoup plus rigoureuse de ces dispositifs tant en termes d'attribution que de maîtrise des dépenses de santé qu'ils financent, sans exclure leur redimensionnement si leurs déséquilibres financiers prévisibles ne pouvaient être enrayerés.

A - Des priorités qui se concurrencent

La protection complémentaire santé bénéficie de deux types de financements publics : la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie assise sur le prix des contrats collectifs et individuels d'assurance santé affectée au Fonds CMU-C aux fins de financer les dispositifs de solidarité en faveur des ménages défavorisés ; des aides fiscales et sociales accordées aux contrats collectifs d'entreprise. Les

décisions arrêtées par les pouvoirs publics conduisent à les solliciter de manière croissante, sans garantir l'accès à une couverture complémentaire santé des ménages défavorisés dont les membres ne sont pas salariés.

1 - L'élargissement continu de l'accès à la CMU-C et à l'ACS, plutôt que l'exercice effectif de ces droits

Comme déjà souligné, les décisions arrêtées par les pouvoirs publics ont conduit à élargir considérablement les populations de bénéficiaires potentiels de l'ACS et, à un moindre degré, de la CMU-C.

Dans le même temps, les pouvoirs publics ont écarté, au regard de leur coût, les propositions tendant à assurer l'effectivité des droits accordés, notamment l'attribution et le renouvellement automatiques de la CMU-C pour les titulaires du RSA socle, qui en bénéficient de droit, de même que l'attribution automatique de l'ACS aux titulaires du minimum vieillesse, qui remplissent sauf exception les conditions pour l'obtenir.

Selon l'estimation de la Cour, une généralisation de l'attribution de la CMU-C à l'ensemble des titulaires du RSA socle aurait de fait un coût compris entre 250 M€ et 350 M€ annuels. Suivant une estimation communiquée à la Cour par le ministère chargé de la sécurité sociale, une attribution systématique de l'ACS aux titulaires du minimum vieillesse aurait un coût annuel de plus de 200 M€.

Même quand les organismes sociaux détiennent les informations relatives à la composition et aux ressources des foyers qui permettraient de les accorder, l'attribution et le renouvellement de la CMU-C et de l'ACS continuent, dans tous les cas, à devoir être demandées par leurs bénéficiaires. Par dérogation à ce principe, le projet de loi relatif au vieillissement de la société prévoit cependant l'instauration d'un renouvellement automatique de l'ACS, sans limitation de durée, en faveur des titulaires du minimum vieillesse.

S'ils n'ont pas souhaité instaurer une attribution automatique, les pouvoirs publics encouragent cependant le recours à la CMU-C et à l'ACS par leurs bénéficiaires potentiels. Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) des branches maladie et famille du régime général de sécurité sociale prévoient ainsi la mise en œuvre d'actions de promotion de la CMU-C et de l'ACS, qui s'exercent notamment en direction des personnes connues pour remplir les conditions pour en bénéficier.

Les actions de promotion de la CMU-C et de l'ACS mises en œuvre par les organismes sociaux

En principe, les agents des CAF doivent systématiquement proposer la CMU-C lors de l'instruction des demandes de RSA socle. Toutefois, une partie des CAF et des autres organismes instructeurs (départements notamment) n'utilisent pas l'application informatique nationale (@RSA) dans le cadre de laquelle les demandes de CMU-C peuvent être enregistrées et adressées aux CPAM. Lorsqu'ils l'utilisent, la CMU-C n'est pas systématiquement proposée.

La CNAMTS adresse des courriers accompagnés de dossiers de demande de CMU-C et d'ACS à remplir en direction des titulaires du RSA socle, de ceux du minimum vieillesse et des allocataires des CAF connus pour disposer de ressources inférieures au plafond de ressources de l'ACS. Au-delà des difficultés de compréhension que peuvent susciter ces envois, ces actions nationales de communication conservent un champ incomplet : les titulaires de l'allocation de solidarité spécifique, minima social versé par Pôle Emploi⁵¹⁸ et ceux de pensions de réversion ne sont pas sollicités.

La CNAMTS n'a que récemment engagé la définition d'actions de promotion de la CMU-C et de l'ACS à mettre obligatoirement en œuvre par les CPAM, malgré l'engagement en ce sens pris dans le cadre de la COG 2010 - 2013. Ce cadre impératif doit être fixé d'ici à la fin de l'année 2015, à la suite de l'expérimentation par l'ensemble des CPAM, dans le cadre de plans d'actions relatifs au recours aux droits⁵¹⁹, d'une part variable des propositions issues de l'initiative de certaines d'entre elles. Si leurs guichets sont très sollicités par des personnes en situation de précarité sociale, les CPAM sont investies de manière variable dans la promotion de la CMU-C et de l'ACS, même dans les départements qui connaissent une proportion élevée de titulaires de la CMU-C.

2 - La généralisation de la complémentaire santé des salariés, indépendamment de celle des ménages défavorisés non-salariés

Le paradoxe d'un élargissement continu de l'accès à l'ACS et à la CMU-C non accompagné d'un recours de niveau élevé à ces droits peut d'autant moins être résolu que la généralisation de la complémentaire santé en faveur des salariés conduit à solliciter de manière accrue les aides fiscales et sociales accordées à la protection collective.

518. Cet organisme ne met par ailleurs en œuvre aucune action particulière de promotion de la CMU-C et de l'ACS auprès de ses publics.

519. Plan local d'accompagnement du non-recours aux droits, aux services et aux soins, des incompréhensions devant la complexité des démarches et/ou des informations médico-administratives et des ruptures engendrées par le fonctionnement même du service public (PLANIR).

En application des dispositions de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, dont les dispositions transposent l'article premier de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013⁵²⁰, l'ensemble des salariés doit obligatoirement être couvert par une couverture complémentaire santé à compter du 1^{er} janvier 2016.

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise bénéficierait à 4,4 millions de salariés (soit 18,5 % d'entre eux), dont 400 000 salariés dépourvus de toute couverture complémentaire et quatre autres millions d'assurés à titre individuel ou d'ayant droit d'un conjoint fonctionnaire, avec un coût très important pour les finances publiques.

Selon l'étude d'impact du projet de loi de sécurisation de l'emploi, la sollicitation accrue des aides fiscales (déductibilité du revenu imposable des primes et cotisations versées par les salariés) et sociales (exonération des cotisations sociales des sommes versées par les entreprises et les salariés, pour partie compensée par l'application du forfait social au taux réduit de 8 %) aurait un coût compris entre 1,5 Md€ et 2 Md€ en année pleine, appelé à se matérialiser de manière croissante entre 2014 et 2016.

Le socle minimal de garanties dont bénéficieront les salariés et leurs ayants droit est pour partie identique aux garanties minimales des contrats éligibles à l'ACS et aux prestations complémentaires de la CMU-C (notamment la prise en charge intégrale du ticket modérateur pour les actes effectués à l'hôpital et du forfait journalier hospitalier). Il est plus étroit s'agissant des seuls médicaments (caractère facultatif de la prise en charge du ticket modérateur pour ceux classés à service médical faible ou modéré) et dispositifs médicaux (soins dentaires et orthopédie dento-faciale, optique...). Par ailleurs, il n'assure qu'une prise en charge partielle des dépassements d'honoraires des médecins, tandis que s'appliquent en principe aux titulaires de la CMU-C et de l'ACS des tarifs opposables aux professionnels de santé (voir *supra*).

Moyennant un prix réduit (compte tenu du financement de 50 % au moins des garanties par leur employeur et des aides fiscales et sociales), l'ensemble des salariés, quel que soit le niveau de leurs revenus, bénéficieront ainsi prochainement d'une protection complémentaire d'assez bon (en cas d'application du socle obligatoire de garanties) ou de bon niveau (en cas de garanties supplémentaires à ce dernier).

520. « Pour un nouveau modèle économique et social au service de la compétitivité des entreprises et de la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés ».

En revanche, il est probable qu'une part importante des ménages défavorisés inactifs qui remplissent les conditions pour les obtenir continuera à ne pas bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS, faute d'en connaître l'existence, d'en comprendre l'intérêt ou d'engager les démarches nécessaires ou, pour ceux qui en remplissent les conditions au vu des informations que détiennent les organismes sociaux, d'y être affiliés de manière automatique.

B - Des engagements financiers massifs et non financés

À travers l'élargissement de l'accès à l'ACS et, dans une moindre mesure, à la CMU-C, les pouvoirs publics ont pris des engagements financiers massifs au titre de l'assurance complémentaire santé individuelle. Compte tenu du niveau du non-recours à ces droits, ces engagements demeurent latents. Une augmentation significative du recours à l'ACS et à la CMU-C conduirait à devoir les honorer.

Au regard de l'estimation la plus récente du non-recours à la CMU-C et à l'ACS en France métropolitaine (décembre 2014), une disparition complète du non-recours exigerait, sur la base d'hypothèses conventionnelles⁵²¹, de mobiliser entre 1,2 Md€ et 2,2 Md€ de ressources supplémentaires à affecter au Fonds CMU-C et aux organismes gestionnaires de la CMU-C (branche maladie du régime général de sécurité sociale à titre principal) :

- entre 0,7 Md€ et 1,2 Md€ au titre de la CMU-C ;
- entre 0,5 Md€ et 0,9 Md€ au titre de l'ACS.

Cette estimation ne tient cependant pas compte de la généralisation de la protection complémentaire santé d'entreprise à l'ensemble des salariés au 1^{er} janvier 2016 qui va procurer une couverture complémentaire⁵²² à un nombre indéterminé de personnes, qui, à défaut, auraient eu recours à l'ACS ou à la CMU-C. Par ailleurs, l'hypothèse d'un taux de recours à 100 % à la CMU-C et à l'ACS par la population éligible est bien évidemment conventionnelle.

521. Application des montants moyens de dépenses au titre de la CMU-C et à l'ACS observés pour 2013 aux bornes basse et haute de l'estimation du non-recours à ces droits pour cette même année, soit entre 1,6 million et 2,7 millions de non-recourants pour la CMU-C et 1,9 million à 3,4 millions de non-recourants pour l'ACS.

522. Ou la maintenir pendant une durée de douze mois pour les personnes qui perdent leur emploi (portabilité des droits).

Elle fait néanmoins apparaître l'ampleur des engagements latents pris au titre de la CMU-C et de l'ACS qui demeurent non-financés à ce jour et la difficulté à les honorer, dans l'éventualité où le non-recours à ces droits sociaux connaîtrait une réduction substantielle, dans un contexte où les finances publiques seront par ailleurs fortement sollicitées par la généralisation de la couverture complémentaire santé obligatoire d'entreprise au 1^{er} janvier 2016.

Les perspectives d'augmentation du recours à la CMU-C et à l'ACS

L'hypothèse d'une réduction importante du non-recours au cours des années à venir est soutenue par la conjonction de plusieurs facteurs :

- l'évolution de l'outil national d'instruction des demandes de RSA socle (introduction d'une fonctionnalité imposant d'instruire la demande de CMU-C avant de clôturer celle de RSA) ;

- le développement des actions de promotion de la CMU-C et de l'ACS par les CPAM (« PLANIR locaux ») et par les CAF (150 000 « rendez-vous des droits sociaux » en 2014) ;

- la simplification des formulaires de demande en juillet 2015 (suppression du formulaire distinct de désignation de l'organisme gestionnaire du droit à la CMU-C, ce qui pourrait conduire à désigner d'office la caisse d'assurance maladie si le demandeur de l'aide ne requiert pas la gestion du droit à la CMU-C par un organisme complémentaire nommément désigné) ;

- le renouvellement automatique de l'ACS pour les titulaires du minimum vieillesse qui en bénéficient ;

- l'attractivité croissante de l'ACS et la distribution des contrats éligibles à cette aide par de grands réseaux bancaires, d'assurance et mutualistes.

Les prévisions financières les plus récentes du Fonds CMU-C (juin 2015) prennent pour hypothèses de fortes augmentations des populations de bénéficiaires des aides dont il assure le financement⁵²³. Cependant,

523. Le nombre de titulaires de la CMU-C passerait de 4,2 millions à fin 2014 à 5,9 millions à fin 2019 et celui des utilisateurs de l'ACS de près d'un million à 1,25 million entre ces deux dates. Par ailleurs, la dépense moyenne par bénéficiaire de la CMU-C augmenterait moins vite que l'ONDAM, tandis que les recettes de la taxe de solidarité additionnelle affectée au Fonds CMU-C progresseraient à un rythme comparable à celui des années récentes (+2,5 %). Faute de recul, la prévision n'évalue pas les impacts de la généralisation de la complémentaire santé à l'ensemble des salariés sur les recettes de la taxe et les effectifs de titulaires de la CMU-C et de l'ACS, ni les incidences de la sélection des contrats éligibles à l'ACS sur ceux des utilisateurs de cette aide.

elles ne permettent pas d'établir si l'augmentation du nombre de titulaires de la CMU-C s'accompagnerait d'une réduction significative du non-recours. S'agissant de l'ACS, elles consolident implicitement le maintien d'un non-recours massif à cette aide.

Malgré l'absence de réduction affichée du non-recours à la CMU-C et à l'ACS, le Fonds CMU-C et la gestion de la CMU-C par l'assurance maladie⁵²⁴ dégageraient cependant à compter de 2016 un déficit croissant, à hauteur de plusieurs dizaines de millions d'euros, comme le montre le tableau ci-après.

Tableau n° 83 : résultats et prévisions de résultats du Fonds CMU-C et de la gestion de la CMU-C par l'assurance maladie

En M€

	2013 réel	2014 réel	2015 prév.	2016 prév.	2017 prév.	2018 prév.	2019 prév.
Produits, dont :	2 434	2 493	2 538	2 585	2 642	2 709	2 765
TSA	2 082	2 139	2 193	2 247	2 303	2 361	2 420
Droit tabac	352	354	345	338	339	342	345
Charges, dont :	2 097	2 313	2 428	2 543	2 643	2 744	2 837
CMU-C	1 844	2 019	2 105	2 197	2 283	2 370	2 449
ACS	234	274	302	325	339	353	367
Versement à la CNAMTS ⁵²⁵	337	154	78	82	82	71	0
Solde Fonds CMU-C	0	25	32	-40	-83	-112	-72
Solde CMU-C pour la CNAMTS	195	68	-	-	-	-	-60
Solde total	195	93	32	-40	-83	-112	-132

Source : Fonds CMU-C (note au directeur de la sécurité sociale, 5 juin 2015).

524. Les organismes gestionnaires des droits à la CMU-C sont remboursés par le Fonds CMU-C à hauteur des dépenses réelles de prestations complémentaires dans la limite d'un forfait par bénéficiaire.

525. En application des dispositions en vigueur, le Fonds CMU-C verse à la CNAMTS son résultat excédentaire dans la limite des charges de prestations complémentaires liées à la CMU-C exposées par la branche maladie du régime général. Pour 2013 et 2014, ces dispositions ont été appliquées au titre non seulement des charges de l'exercice en cours, mais aussi de celles de l'exercice précédent, ce qui explique le solde positif de la CMU-C pour la CNAMTS.

C - Une révision à envisager du champ et du niveau des dispositifs

Compte tenu de la difficulté à mobiliser des ressources publiques supplémentaires, l'objectif d'équilibre financier du Fonds CMU-C et de la gestion de la CMU-C par l'assurance maladie paraît appeler une révision du champ et du niveau de la CMU-C et de l'ACS par un meilleur ciblage des populations concernées, ainsi que la mise en œuvre d'actions de gestion du risque.

La difficulté à couvrir les besoins de financement de la CMU-C et de l'ACS par un nouveau relèvement de la fiscalité sur les contrats d'assurance santé

Entre 2011 et 2014, le produit de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie affectée au Fonds CMU-C (TSA) a augmenté, à taux inchangé de prélèvement (6,27 point), à un rythme de 2,5 % par an. Dans l'hypothèse conventionnelle de disparition complète du non-recours, le taux de la TSA devrait être relevé de 3,8 à 6,6 points afin de compenser ce surcroît de charges.

En renforçant l'ampleur de la redistribution horizontale opérée en faveur des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, principalement inactifs, à travers la TSA, les décisions arrêtées par les pouvoirs publics depuis le début des années 2010 (augmentation des plafonds de ressources de l'ACS et de la CMU-C, augmentation du montant de l'ACS, revalorisation du « panier de soins » de la CMU-C) pourraient réduire aujourd'hui l'acceptabilité d'une augmentation de cette taxe.

En outre, le niveau de la fiscalité sur les contrats d'assurance santé a fortement augmenté : de 1,75 % à la création du Fonds CMU-C, le taux cumulé de prélèvement fiscal est passé à 13,27 % à ce jour (au titre des contrats « responsables »), compte tenu non seulement de l'augmentation de la taxe affectée au Fonds CMU-C (dont le taux s'élève à 6,27 % depuis 2011), mais aussi de l'instauration d'une taxation des contrats d'assurance « responsables » affectée aux branches maladie et famille du régime général de sécurité sociale⁵²⁶.

526. Les contrats « responsables » ont été assujettis au taux de 3,5 % (loi de finances rectificative d'août 2011), puis au taux de 7 % (loi de financement de la sécurité sociale pour 2014), tandis que le régime fiscal des autres contrats a été porté de 7 % à 9 % en 2011, puis à 14 % en 2014.

1 - Un préalable : la sécurisation de l'attribution des droits

Indépendamment des difficultés financières qui affectent à moyen terme ces dispositifs, une fiabilisation de l'instruction des demandes de CMU-C et d'ACS apparaît indispensable au vu des faiblesses majeures qui affectent ce processus de gestion.

Les faiblesses de la détermination et du contrôle des ressources

Mise en place dans l'urgence en 2000 et non modernisée depuis lors, l'application informatique utilisée pour instruire les demandes de CMU-C et d'ACS (« base ressources ») ne couvre qu'une partie des besoins. En particulier, les montants des différentes natures de ressources des demandeurs à prendre en compte ne sont pas calculés automatiquement par l'application à partir de données qui y auraient été saisies, mais doivent être déterminés par les agents, au vu des demandes et de leurs justificatifs, selon des modalités non sécurisées (simple calculatrice, voire feuille papier) et hétérogènes entre CPAM et parfois en leur sein, puis saisi dans l'application.

Les CPAM vérifient les informations déclarées par les demandeurs en consultant les applications informatiques qui servent à gérer les prestations dont elles assurent le versement, ainsi que celles des autres organismes sociaux (portail des CAF, répertoire national commun de la protection sociale – RNCPS). Au-delà de rapprochements avec les montants portés sur l'avis d'imposition, au titre d'une période qui diffère souvent de l'année civile (les ressources prises en compte sont celles des douze derniers mois précédant la demande), les salaires déclarés ne peuvent être vérifiés. Il en va de même des pensions de retraite et des indemnités chômage (en l'état, seules leur existence et leur période de versement sont retracées dans le RNCPS, à l'exclusion de leur montant).

La CNAMTS a tardivement engagé en 2009 un projet de refonte de la base ressources, puis l'a suspendu, avant de le relancer en 2014. Il doit permettre de réduire les coûts de gestion, qui s'inscrivent à un niveau très élevé sous l'effet non seulement de la demande sociale, mais aussi des tâches manuelles de gestion : selon la CNAMTS, 1 460 emplois, exprimés en équivalent temps plein, étaient consacrés à l'instruction des demandes de CMU-C et d'ACS en 2013 ; ils représentent une charge de gestion annuelle de l'ordre de 75 M€, soit l'équivalent de 4,6 % du montant des prestations complémentaires de la CMU-C versées par la branche, ou 4,1 % de ce montant cumulé avec celui des ACS.

Au-delà des évolutions de cet outil programmées pour 2016-2017, une refonte globale du processus de gestion est indispensable afin d'intégrer de manière automatisée les informations émanant des demandeurs et de confronter de manière automatisée leurs déclarations avec les informations détenues par l'administration fiscale et par les organismes sociaux (dans le cadre du répertoire national commun de la protection sociale).

Toutefois, les risques de sous-déclaration des ressources, intentionnelle ou non, excèdent les possibilités de détection des caisses dans le cadre de procédures d'instruction fiabilisées. Par définition, les ressources procurées par le travail dissimulé ne sont pas déclarées à l'URSSAF ou à l'administration fiscale. Le bien-fondé de l'absence de déclaration comme les montants déclarés au titre des « ressources reçues ou perçues à l'étranger », des « avantages en nature, sommes d'argent versées par un tiers » et des « autres ressources » mentionnées par les formulaires de demande de la CMU-C et de l'ACS ne peuvent être vérifiés auprès d'autres administrations.

Or, ce n'est que récemment que la CNAMTS a engagé une démarche visant à vérifier plus en profondeur les ressources déclarées par les titulaires de la CMU-C et donc leurs droits à celle-ci. En 2014, à la suite d'initiatives en ce sens de certaines CPAM en 2012, elle a expérimenté l'utilisation du droit de communication des relevés bancaires auprès des établissements financiers, instauré en 2008⁵²⁷, sur un millier de dossiers de titulaires de la CMU-C, non titulaires par ailleurs du RSA socle, sélectionnés de manière aléatoire parmi ceux gérés par quatre CPAM importantes.

Cette expérimentation a fait apparaître une fréquence très élevée d'anomalies : le quart des dossiers de bénéficiaires étudiés (24,7 %) comportent des ressources supérieures au plafond de la CMU-C ; plus du dixième (13,1 %) affichent des ressources qui excèdent le plafond de l'ACS. Fréquemment, les ressources non déclarées portent sur des sommes versées par des membres de la famille ou par des proches. La CNAMTS n'a pas évalué l'incidence financière des irrégularités relevées.

Si ces résultats ne peuvent être extrapolés au niveau national sur un plan statistique, il est à souligner que les quatre caisses expérimentatrices comportent des effectifs importants de titulaires de la CMU-C et que les fréquences d'anomalies détectées sont assez homogènes entre elles.

La CNAMTS a annoncé à la mi-mai 2015 un plan national de sécurisation de l'attribution de la CMU-C, portant sur la vérification de 170 000 dossiers au total entre 2015 et 2016, dont 50 000 entre mai et décembre 2015, par usage systématique du droit de communication

527. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a élargi aux établissements financiers, aux fournisseurs d'énergie et aux opérateurs de téléphonie le droit de communication dont étaient dotés les organismes de sécurité sociale à l'égard de leurs homologues et de l'administration fiscale. La loi de financement pour 2012 a conforté l'utilisation de ce droit en prévoyant un délai de réponse opposable aux banques et la gratuité de la fourniture par ces dernières des informations demandées.

bancaire. En outre, elle prévoit de renforcer la communication sur les ressources à déclarer et les sanctions liées à une sous-déclaration éventuelle (application de pénalités financières par les directeurs de caisses d'assurance maladie notamment). Compte tenu de l'effort de solidarité consenti par la collectivité⁵²⁸, il apparaît en effet indispensable de dissuader, par la combinaison d'actions préventives et répressives, les sous-déclarations volontaires de ressources.

2 - L'adaptation du champ des dispositifs

Un premier levier de nature à mieux cibler la population des bénéficiaires afin d'assurer l'équilibre financier consisterait à redéfinir les ressources prises en compte pour accéder à la CMU-C et à l'ACS, en les harmonisant avec celles intégrées au calcul du seuil de pauvreté monétaire et à aligner dans ce cadre le plafond de l'ACS sur ce dernier.

En effet, les plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS excluent des ressources qui entrent dans le revenu disponible des ménages pris en compte pour apprécier la pauvreté monétaire : prestations sociales⁵²⁹, prime pour l'emploi (au motif qu'il s'agit d'un mécanisme de récupération fiscale) et fraction (30 %) des revenus d'activité antérieurs en cas de chômage ou de maladie de longue durée.

Ce désalignement de la définition des ressources par rapport à celle du revenu disponible des ménages minore sensiblement le niveau des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS par rapport au seuil de pauvreté monétaire. Compte tenu par ailleurs de l'appréhension sous la forme d'un forfait de l'avantage lié à la disposition d'un logement – dont le montant est significativement inférieur à celui des aides au logement, exclues des ressources prises en compte -, le plafond de ressources de l'ACS dépasse dans la plupart des cas de figure le seuil de pauvreté monétaire (soit 60 % du revenu médian des ménages).

528. En matière de tarifs sociaux de l'énergie comme de dépenses de santé.

529. Notamment le RSA socle, le RSA activité, les aides au logement, une partie des prestations de la prestation d'accueil du jeune enfant - PAJE (allocation de base, complément de libre choix du mode de garde, prime à la naissance ou à l'adoption), l'allocation de rentrée scolaire (ARS), l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et ses compléments, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la prestation complémentaire pour recours à tierce personne, les majorations pour tierce personne et la prestation de compensation.

La prise en compte du montant réel des ressources pour l'attribution de la CMU-C et de l'ACS permettrait par ailleurs de mettre fin à des disparités, certains ménages non-titulaires de ces aides ayant des revenus moins élevés que d'autres ménages qui en bénéficient en raison d'une composition différente de leurs revenus.

3 - La mise en œuvre d'actions de gestion du risque, voire le réexamen du niveau de prise en charge

Un second levier consisterait, en fonction des études documentées sur la consommation de soins et les dépenses de santé des titulaires de la CMU-C et de l'ACS que la Cour a demandées à plusieurs reprises, à mettre en œuvre une véritable politique de gestion du risque⁵³⁰, ce à quoi la CNAMTS s'est refusée jusqu'à présent, voire à reconsidérer le « panier de soins » auquel ces dispositifs donnent accès, s'il s'avérait à l'origine d'un recours aux soins au-delà de ceux nécessaires au maintien ou à l'amélioration de l'état de santé de leurs bénéficiaires. Ce risque n'est pas mesuré et, par voie de conséquence, n'est pas géré.

Les écarts de consommation de soins par rapport aux autres assurés du régime général

Selon la CNAMTS, les titulaires de la CMU-C sont à l'origine de dépenses de santé en ville supérieures de l'ordre de 30 % (depuis 2010) à celles des autres assurés du régime général de sécurité sociale (données hors titulaires d'une affection de longue durée). Cet écart, qui a un caractère hétérogène en fonction des postes de dépense⁵³¹ et peut être très sensible (+162 % pour les transports sanitaires) a légèrement augmenté par rapport à la décennie précédente (il s'élevait à 27 % de 2006 à 2008).

La CNAMTS n'applique pas à cet indicateur de correctifs destinés à neutraliser l'incidence des différences d'âge, de sexe et d'état de santé des titulaires de la CMU-C par rapport aux autres assurés du régime général, si bien que l'éventualité d'un recours excessif aux soins par les titulaires de la CMU-C ne peut être appréciée. En outre, elle ne fournit pas d'explication précise sur le niveau et l'évolution des écarts de dépense.

530. Comme les actions de prévention, la détection de comportements atypiques de recours au système de soins (fréquence des consultations de médecins généralistes, niveau des prescriptions) ou la réorientation des patients vers des prises en charge moins onéreuses (consultations en ville plutôt qu'à l'hôpital).

531. Dentisterie (+46 %), pharmacie (+45 %), consultation de médecins généralistes (+55 %), actes infirmiers (+56 %) et consultations à domicile (+167 %) notamment. A l'opposé, la dépense moyenne est inférieure pour la consultation de médecins spécialistes et les actes des masseurs-kinésithérapeutes (de l'ordre de -10 %).

De même, les facteurs explicatifs du niveau et de l'évolution des charges de prestations complémentaires servies au titre de la CMU-C ne sont pas éclairés. Ainsi, l'augmentation du montant moyen de prestation complémentaire par bénéficiaire de la CMU-C jusqu'en 2011, puis sa stagnation en 2012, suivie d'une baisse en valeur absolue en 2013 et en 2014 (à hauteur de -2,4 % et de -2,5 %) ne fait l'objet d'aucune analyse précise. L'information comptable sur le montant total de charges de prestations complémentaires par poste de dépenses, qui fait apparaître des évolutions contrastées entre la ville (stagnation des charges) et l'hôpital (hausse au titre des séjours et consultations, mais baisse au titre du forfait journalier hospitalier), n'est pas complétée par une information relative au montant moyen de prestation par assuré consommant des soins.

En 2014, la CNAMTS a toutefois, pour la première fois, effectué une comparaison de l'état de santé, du recours aux soins et des dépenses des titulaires de la CMU-C, de ceux de l'ACS et des autres assurés du régime général, à partir des données de liquidation issues du SNIIR-AM⁵³², qui confirme l'existence d'un état de santé des titulaires de la CMU-C plus dégradé que celui des autres assurés du régime général (et montre un état de santé des titulaires de l'ACS encore plus détérioré).

Toutefois, si elle a comparé la fréquence du recours au système de santé et le montant de la dépense de soins remboursée au titre de l'assurance maladie obligatoire de base et de la part complémentaire (CMU-C ou garanties d'assurance) entre les titulaires de la CMU-C, ceux de l'ACS et les autres assurés du régime général, cette étude n'a pas appliqué de correctifs destinés à neutraliser l'incidence des différences d'état de santé entre ces populations, si bien que, là encore, l'éventualité d'un recours excessif aux soins par les titulaires de la CMU-C ne peut être appréciée. En outre, cette analyse présente un caractère ponctuel, qui ne permet pas d'appréhender l'évolution dans le temps des interactions entre les pathologies, le recours aux soins et les dépenses. Les facteurs précis du niveau et de l'évolution de la consommation de soins des titulaires de la CMU-C demeurent à objectiver.

532. Au titre des prestations exécutées en 2012 et liquidées jusqu'à fin juin 2013, sur un champ couvrant la France entière et toutes les prestations, à l'exception de celles remboursées par les mutuelles par délégation du régime général.

————— **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS** —————

La création de la couverture maladie universelle complémentaire par la loi du 27 juillet 1999 a permis de répondre aux difficultés croissantes d'accès aux soins des ménages disposant de faibles ressources dans le contexte d'une baisse progressive depuis le début des années 80 des prises en charge au titre de l'assurance maladie obligatoire de base.

Par la suite, l'un des principaux inconvénients de la CMU-C - la perte de l'ensemble des avantages qu'elle procure gratuitement en cas de dépassement de son plafond de ressources - a été lissé par la création de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, puis par l'augmentation progressive du montant de cette aide comme par les relèvements successifs de son plafond de ressources.

La CMU-C et l'ACS couvrent des publics numériquement très importants (5,2 millions et 1,2 million de personnes respectivement à fin 2014). Ces dispositifs font cependant apparaître un bilan en demi-teinte, en raison notamment de l'étendue du non-recours, qui a un caractère prépondérant pour l'ACS, du bénéfice seulement partiel des avantages procurés par la CMU-C pour ses titulaires et du manque de visibilité sur les facteurs à l'origine de la consommation de soins par ces derniers, qui s'inscrit à un niveau plus élevé que la moyenne des assurés sociaux.

La conjonction d'une ouverture croissante de l'accès à l'ACS et, à un moindre degré, à la CMU-C à des publics toujours plus larges sous l'effet des relèvements de leurs plafonds de ressources, d'une préoccupation de modération de la dynamique des dépenses permise par le maintien de taux de non-recours massifs et d'une mobilisation proclamée pour favoriser le recours à leurs droits par les millions de personnes qui n'en bénéficient pas effectivement crée une situation qui n'est pas tenable à moyen terme. Le grave problème de soutenabilité financière créé par l'élargissement massif des populations de bénéficiaires potentiels de l'ACS et de la CMU-C appelle la mise en œuvre de mesures de redressement.

S'agissant des dispositifs de solidarité destinés à favoriser l'accès aux soins des ménages défavorisés, la Cour formule les recommandations suivantes :

43. favoriser le recours à la CMU-C et à l'ACS en interrogeant les fichiers des administrations sur un champ élargi, en assurant le recueil exhaustif des demandes de CMU-C lors de l'instruction des demandes de RSA et en rendant obligatoire l'engagement par les caisses d'assurance maladie d'une démarche systématique de promotion de la CMU-C et de l'ACS auprès des publics concernés ;

44. en fonction de la réalisation des risques de déséquilibre financier, envisager l'harmonisation des ressources prises en compte pour attribuer la CMU-C et l'ACS avec celles intégrées au seuil de pauvreté monétaire (987 € mensuels en 2012, dernière année connue) ainsi que l'alignement du plafond de l'ACS sur ce dernier ;

45. dans l'éventualité où les études à mener feraient apparaître une surconsommation de soins gratuits, mettre en œuvre des actions de gestion du risque ciblées sur les postes de dépenses concernés et examiner l'éventualité d'une redéfinition des prises en charge au titre de la CMU-C et de l'ACS ;

46. refondre le processus d'instruction des demandes de CMU-C et d'ACS, en mettant en place un nouvel outil informatique et en exploitant les possibilités offertes par la déclaration sociale nominative et par la mutualisation généralisée de l'information relative aux prestations sociales dans le cadre du répertoire national commun de la protection sociale ;

47. assurer la transparence sur les fréquences d'anomalies détectées dans le cadre des contrôles sur la situation des bénéficiaires de la CMU-C, ainsi que l'évaluation du risque financier qui en résulte ;

48. assurer l'effectivité des tarifs opposables aux professionnels de santé pour les titulaires de la CMU-C et de l'ACS, en prenant les textes réglementaires nécessaires à l'application des dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qui sanctionnent les refus de soins (recommandation réitérée).

Au-delà, il convient d'enrayer l'érosion du niveau de la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire de base, qui a rendu nécessaire le développement des dispositifs de solidarité précités, par une réorganisation de l'offre de soins destinée à en accroître l'efficacité⁵³³, une remise en cause de coûts excessifs et injustifiés⁵³⁴, voire un recentrage du « panier » des biens et services pris en charge par l'assurance maladie.

533. Voir chapitre V du présent rapport : vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant, p. 185-216.

534. Voir chapitre X du présent rapport : l'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charge plus efficaces pour les patients, p. 345-378.

QUATRIÈME PARTIE

**GÉRER DE MANIÈRE PLUS
EFFICIENTE**

Chapitre XIII

La réorganisation des réseaux de caisses

du régime général : un mouvement

significatif, un impossible *statu quo*

PRÉSENTATION

Examinant en 2004 le maillage des organismes de base du régime général de sécurité sociale - caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour la branche maladie, caisses d'allocations familiales (CAF) pour la branche famille, unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) pour l'activité de recouvrement -, la Cour avait constaté que l'organisation du régime général n'avait pratiquement pas évolué depuis sa création en 1945. Elle avait appelé à un regroupement de ces organismes, considérant que leur nombre ne se justifiait plus⁵³⁵.

Depuis lors, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ont engagé une réorganisation de leurs réseaux respectifs, qui est devenue effective entre 2010 et 2014 selon les cas.

Dix ans après sa précédente enquête et dans le prolongement des bilans qu'elle a récemment dressés des réorganisations de la mutualité sociale agricole en 2011⁵³⁶ et du régime social des indépendants en 2014⁵³⁷, la Cour a cherché à analyser le processus de recomposition qu'a ainsi connu dans la dernière période le régime général dans une double dimension géographique et fonctionnelle. Elle a aussi voulu apprécier ses résultats en termes d'efficacité de gestion et de gains de productivité au regard des enjeux qui s'attachent à des réseaux regroupant près de 108 000 personnes⁵³⁸ et représentant une part très majoritaire des

535. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2004*, chapitre VII : l'organisation territoriale et fonctionnelle des branches du régime général, p. 185-210, septembre 2004, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

536. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XV : la réorganisation de la Mutualité sociale agricole, p. 435-459, septembre 2011, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

537. Cour de comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre XVII : le réseau du régime social des indépendants : une réorganisation à achever, p. 493-515, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

538. 107 830 ETP en CDI travaillent dans les réseaux concernés en 2014, dont 64 970 dans les CPAM, 30 860 dans les CAF et 12 000 dans les URSSAF. Les effectifs des réseaux représentent 95 % des effectifs totaux du régime général (113 000). Source : caisses nationales.

8,6 Md€ de dépenses administratives⁵³⁹ de ces branches et activité en 2014.

En application des dispositions de l'article R. 134-4 du code des juridictions financières, ses 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 la réalisation du contrôle sur place de 14 organismes locaux⁵⁴⁰.

Il apparaît ainsi que les récentes réorganisations administratives territoriales constituent une avancée significative, d'ampleur différente selon les trois réseaux, mais dont les gains de productivité demeurent inaboutis (I). Du fait de mutualisations foisonnantes d'activités entre caisses, un nouveau maillage fonctionnel est parallèlement en cours de construction, mais au risque de complexités susceptibles de paralyser des évolutions encore nécessaires (II). De nouveaux modèles organisationnels sont ainsi à définir rapidement selon une stratégie d'ensemble pour réduire plus fermement les écarts de productivité entre organismes et réajuster leurs missions et leurs ressorts, de manière à répondre à l'évolution des métiers et à diminuer les coûts de gestion (III).

I - Le resserrement des réseaux : des avancées significatives mais différenciées, des gains de productivité inaboutis

Les trois réseaux de la branche maladie, de la branche famille et de l'activité de recouvrement ont été organisés depuis l'origine selon des logiques de proximité conduisant à un maillage dense d'organismes à un niveau départemental ou infra-départemental.

L'objectif fixé à la création de la sécurité sociale d'une caisse par département n'avait été de fait que très partiellement atteint. Des tentatives, au milieu des années 90⁵⁴¹, d'inscrire dans un texte législatif

539. 8,6 Md€ de dépenses effectives de gestion administrative (crédits limitatifs), dont 5,5 Md€ pour la branche maladie, 1,9 Md€ pour la branche famille et 1,3 Md€ pour l'activité de recouvrement.

540. CAF du Pas-de-Calais, de l'Isère, du Béarn et Soule, du Val-de-Marne, de Paris et de Seine-Maritime ; CPAM de Lille-Douai, de Rouen-Elbeuf-Dieppe-Seine-Maritime, du Béarn et Soule et des Hauts-de-Seine ; URSSAF des Pays-de-la-Loire, d'Aquitaine, de Rhône-Alpes et de Midi-Pyrénées.

541. En 1994 et 1996.

le principe d'une caisse par département n'avaient pas abouti. Elles ont été suivies, jusqu'au milieu de la décennie 2000, d'une période marquée par l'absence d'impulsion de l'État et des caisses nationales au resserrement des réseaux, conduisant à une géographie des organismes de base historiquement figée, à peu d'exceptions près⁵⁴² et décalée par rapport aux évolutions socio-économiques et aux mouvements de la population.

À partir de 2005 toutefois, les conventions d'objectifs et de gestion (COG) passées entre l'État et les caisses nationales têtes de réseaux ont cherché à promouvoir des regroupements d'organismes locaux, dont la mise en œuvre pragmatique et progressive a conduit à une départementalisation des réseaux, puis, dans un second temps, pour la seule activité de recouvrement, à une régionalisation des URSSAF.

A - Une départementalisation des trois réseaux, suivie d'une régionalisation des URSSAF

Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) ont engagé à partir de 2005 un mouvement de départementalisation des trois réseaux, avec prudence eu égard au caractère sensible du sujet tant pour les conseils d'administration des organismes de base, attachés à leur autonomie, que pour les agents, inquiets des conséquences potentielles d'une telle recomposition sur leur situation professionnelle et personnelle. Selon les branches, elles ont affiché avec une netteté variable cet objectif de regroupement territorial.

542. Une réorganisation notable a concerné l'URSSAF de Paris et de la région parisienne, qui assure plus d'un quart du recouvrement du réseau des URSSAF. Au terme d'un long processus initié en 1994, cet organisme alors quasi régional - seule la Seine-et-Marne disposait d'une URSSAF en propre - a déconcentré en 2005 la gestion des comptes cotisants au sein de neuf directions du recouvrement à ressort principalement départemental. Par ailleurs, quelques fusions d'URSSAF à ressort infra-départemental sont intervenues pendant cette période : Beauvais et Creil en 2000, Laon et Saint-Quentin en 2003 et Montbéliard et Belfort en 2004.

Dans la branche famille, les caisses nationales d'allocations familiales des marins du commerce et de la navigation intérieure ont été dissoutes en 2001.

Des objectifs inégalement précis dans les conventions d'objectifs et de gestion

La COG de la branche maladie pour 2006-2009 ne mentionnait pas la fusion de caisses infra-départementales, mais uniquement « la recherche d'une organisation cible la plus adaptée aux besoins des assurés », avec « la définition d'un cadre général des regroupements d'équipes de direction ou de rapprochement d'organismes ».

La COG 2005-2008 de la branche famille était plus explicite, en prévoyant de « structurer les organismes infra-départementaux » et en fixant un objectif d' « unité de la branche dans le département ». Ce n'est toutefois qu'avec la COG 2009-2012 que l'objectif de « réaliser la départementalisation du réseau à l'horizon 2011 » a été clairement affiché et mis en œuvre.

La COG 2006-2009 de l'activité de recouvrement indiquait quant à elle expressément que « dans les dix départements où il existe plusieurs URSSAF, des rapprochements devront être engagés pour conduire, avant 2010, à une seule structure juridique par département ». À la suite de ce mouvement de départementalisation qui s'est achevé en 2010, la COG 2010-2013 a engagé la régionalisation des URSSAF, en posant le principe d' « un siège régional unique en charge du pilotage stratégique (...) et des établissements départementaux relevant du siège en charge de la production, de la relation avec les cotisants et du management opérationnel ».

1 - Un pilotage pragmatique par les caisses nationales

Chaque caisse nationale a mené sa propre démarche en fonction des caractéristiques de son réseau. Toutes ont piloté le mouvement de recomposition avec pragmatisme et se sont attachées à cadrer les évolutions, tout en laissant le soin aux directeurs de caisse de les négocier et de les mettre en œuvre localement. Ces derniers ont porté une attention particulière au dialogue social.

Ainsi, la CNAMTS, outre un pilotage et un suivi très attentifs, a apporté un soutien important aux CPAM pour lesquelles les fusions s'annonçaient les plus délicates. Une fois la départementalisation engagée, la CNAF a tenu ferme sur le calendrier et les étapes de fusion de caisses, tout en restant souple sur les modalités de réalisation au plan local. L'ACOSS a quant à elle fixé un cadre et des limites à chaque URSSAF dans la conduite de la régionalisation et a organisé un accompagnement adapté sous la forme d'offres de services.

Dans les trois cas, la modification des instances de gouvernance et de représentation du personnel a été encadrée au plan national, mais conduite et négociée localement.

Des conseils d'administration parfois réticents

Bien que les différentes réorganisations des réseaux aient toutes été adoptées, avant leur mise en œuvre, par un vote majoritaire au sein des conseils d'administration des caisses nationales, certains conseils d'administration d'organismes locaux ont été fortement réticents aux regroupements projetés.

Un an après la décision du conseil d'administration de la CNAF de juin 2007, son président devait rappeler aux administrateurs que la départementalisation avait été adoptée et qu'il convenait de ne pas en retarder la mise en place. En particulier, la CAF de Vienne, qui devait fusionner avec celle de Grenoble, a passé quatre années sans budget de gestion administrative car son conseil refusait par opposition à la fusion de signer le contrat pluriannuel de gestion avec la CNAF. Par ailleurs, la CNAF a dû renoncer en 2009 à la fusion des CAF de Pau et de Bayonne. Cette fusion est toutefois désormais prévue par la COG 2014-2017.

Le regroupement des URSSAF départementales de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur en une URSSAF régionale ayant pour siège Marseille s'est heurté à de fortes oppositions dans le principal autre département de la région (Alpes-Maritimes).

Pour chacun des trois réseaux, les fusions d'organismes se sont réalisées sans perturbation significative du service pour les assurés et les cotisants. La problématique des systèmes d'information a été en effet bien prise en compte dans chaque branche, malgré, parfois, quelques difficultés localisées et temporaires, sans rupture d'activité. La longue préparation et la mise en œuvre souvent progressive des regroupements ont facilité ces fusions sans heurts majeurs.

2 - Des conditions de mise en œuvre propres à chaque branche

Après avoir expérimenté cinq rapprochements de caisses infra-départementales⁵⁴³, la CNAMTS a décidé de fusionner au 1^{er} janvier 2010 en une seule étape les autres caisses au ressort inférieur au département comptant moins de 250 000 bénéficiaires, taille critique en deçà de laquelle selon ses estimations une CPAM aurait des difficultés à fonctionner.

543. Ces rapprochements, pour certains débutés dès 2004, ont été concrétisés par la nomination en 2007 de directeurs communs. Ils ont concerné les CPAM de Saint-Quentin et Laon, Annonay et Privas, Nancy et Longwy, Rouen et Elbeuf, ainsi que Tourcoing et Roubaix.

Les deux autres réseaux ont suivi une approche différente.

Pour la branche famille, le projet de départementalisation a connu une lente maturation. La CNAF est restée en retrait au cours de la COG 2005-2008, son conseil d'administration n'ayant retenu le principe de la départementalisation du réseau qu'en juin 2007. Cette dernière n'a été achevée qu'en 2011, six ans après son inscription à la COG, en plusieurs étapes, telles que prévues par la COG 2009-2012.

L'ACOSS a également procédé par vagues successives pour la départementalisation des URSSAF, avec la création de trois URSSAF départementales par regroupements d'organismes infra-départementaux en 2008, puis de six en 2009 et d'une en 2010. Le processus de régionalisation qui s'est engagé ensuite entre 2012 et 2014 s'est également échelonné en trois phases fondées sur le volontariat des organismes. Les URSSAF de trois régions y ont participé au 1^{er} janvier 2012, de douze au 1^{er} janvier 2013 et de six début 2014, l'expérience de chaque « vague » servant ainsi à préparer la suivante.

3 - Une ampleur différente selon les réseaux

L'ampleur des réorganisations territoriales diffère entre les trois réseaux : ceux des CPAM et des CAF se sont alignés, avec quelques exceptions, sur un cadre départemental qui revêtait déjà un caractère prépondérant, ce qui a limité le nombre de regroupements ; celui des URSSAF a été très fortement resserré dès lors que la mise en place d'organismes régionaux a succédé au mouvement de départementalisation dont les effets avaient été plus limités que dans les autres réseaux, pour partie du fait des regroupements déjà intervenus au début des années 2000. Le tableau ci-après fait la synthèse de ces évolutions.

Tableau n° 84 : les réorganisations des réseaux maladie, famille et recouvrement (2005 - 2014)

	Maladie	Famille	Recouvrement	
Nombre d'organismes en 2015	102 CPAM	101 CAF	22 URSSAF	
Maille	Département	Département	Département	Région
Calendrier	1 ^{er} janvier 2010	Année 2011	2008-2010	2012-2014
Organismes fusionnés	48 en 22	34 en 13	24 en 11	89 en 22
Réduction du nombre d'organismes	-26 (de 128 à 102) soit -20 %	-21 (de 122 à 101) soit -17 %	-13 (de 102 à 89) soit -16 %	-67 (de 89 à 22) soit -75 %

Source : Cour des comptes d'après données CNAMTS, CNAF et ACOSS.

Avec 102 CPAM⁵⁴⁴, le réseau de l'assurance maladie a été réduit de 26 entités. Quatre départements comptent toujours plusieurs caisses primaires : le Pas-de-Calais, les Pyrénées-Atlantiques et la Seine-Maritime avec chacun deux CPAM⁵⁴⁵ et le Nord, avec encore quatre CPAM⁵⁴⁶.

Le nombre de CAF a diminué pour sa part de 21 entités, passant de 122 à 101. Toutefois, le département des Pyrénées-Atlantiques compte encore deux caisses infra-départementales (Pau et Bayonne).

Le réseau du recouvrement est passé dans le cadre de sa départementalisation, de 102 à 89 URSSAF, avec la suppression de 13 organismes, le département du Doubs conservant cependant deux entités (Besançon et Montbéliard). Dans un second temps, la régionalisation des URSSAF en a ramené le nombre de 89 à 22.

Au total, les réorganisations territoriales ont concerné pas moins de 195 organismes, soit plus de la moitié (55 %) des 352 que comptaient auparavant ensemble les trois réseaux concernés. Leur nombre total a été ramené à 225, soit une réduction globale de 36 %.

Cette recombinaison significative ne s'est toutefois pas inscrite dans une perspective affirmée d'économies de gestion, mais avait comme objectif affiché l'amélioration du service rendu et de l'exercice des missions.

544. En incluant la caisse commune de sécurité sociale de la Lozère. Ce chiffre, comme ceux cités pour les autres réseaux, n'inclut pas les caisses générales de sécurité sociale de quatre départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion), qui gèrent les prestations maladie et vieillesse et recouvrent les prélèvements sociaux du régime général et du régime agricole, ni la caisse de sécurité sociale de Mayotte qui a des missions identiques. Dans les cinq DOM précités, les prestations familiales sont en revanche gérées par des CAF.

545. Respectivement, les CPAM d'Artois et de la Côte d'Opale, du Béarn et du Pays Basque et celles de Rouen-Elbeuf-Dieppe-Seine-Maritime et du Havre.

546. Lille-Douai, Roubaix-Tourcoing, Hainaut et Flandres.

B - Une logique d'efficience souvent encore inaboutie

Les COG entre l'État et les organismes nationaux placent la départementalisation des réseaux dans les chapitres relatifs à l'amélioration de l'efficience des branches et activité concernées⁵⁴⁷. S'agissant de la branche famille, la structuration des organismes infra-départementaux était présentée dans la COG 2005-2008 avec une pluralité d'objectifs⁵⁴⁸. La COG 2009-2012, qui a encadré la mise en œuvre effective de la départementalisation, a recentré ces réorganisations sur l'objectif d'efficacité de la gestion.

Toutefois, les COG ne fixent pas d'objectifs de gains de productivité, ni d'indicateurs de suivi directement associés aux fusions de structures à l'échelon local, ces objectifs et indicateurs restant exprimés de façon globale à l'échelle de chaque branche. Ainsi, la réalisation de gains de productivité et d'économies de frais de gestion directement liées aux réorganisations n'a pas été expressément évoquée devant les conseils d'administration et les instances représentatives du personnel.

La régionalisation récente du réseau du recouvrement dans la COG 2010-2013 s'est effectuée dans un contexte différent. Si la COG situe la régionalisation dans une perspective large⁵⁴⁹ et ne comprend pas non plus d'objectifs, ni indicateurs d'efficience spécifiques au mouvement de régionalisation, elle est accompagnée d'efforts d'ajustement des effectifs directement liés à cette réorganisation (voir *infra*).

De fait, les regroupements opérés, s'ils se sont traduits sur un plan strictement juridique par une diminution significative du nombre des organismes de base, ont eu des incidences inégalement marquées sur les

547 .La COG 2006-2009 de la branche maladie situe les rapprochements d'organismes dans le chapitre sur le renforcement de la performance et de l'efficience globale de la branche. La COG 2005-2008 de la branche famille installe les développements sur la structuration des organismes infra-départementaux dans le chapitre portant sur l'optimisation des ressources de la branche, la COG suivante dans celui sur l'optimisation de la performance de gestion et sur un fonctionnement en réseau plus efficace. La COG 2006-2009 du recouvrement prévoit de renforcer l'échelon départemental dans le chapitre sur le renforcement de l'efficience du réseau piloté par l'ACOSS.

548. « Renforcer la qualité du service rendu aux allocataires, garantir la cohérence de l'action sociale familiale et optimiser les coûts ».

549. « Pour répondre aux exigences portées par le métier », en « assurant un niveau de qualité de service, de performance et de maîtrise des risques accrus ».

modes d'organisation et insuffisamment perceptibles sur les coûts de gestion des réseaux.

Une mobilité géographique et fonctionnelle des agents très encadrée

Les contraintes affectant la mobilité des agents n'ont cessé de s'alourdir au fil des trois protocoles successifs⁵⁵⁰ passés avec leurs organisations représentatives par l'union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) sur l'incidence des réorganisations sur la gestion des effectifs.

Tableau n° 85 : effectifs concernés par les réorganisations

	Maladie	Famille	Recouvrement
Effectifs	19 185 soit 23 %	7 513 soit 28 %	12 150 ⁵⁵¹ soit 90 %

Source : Cour des comptes d'après données UCANSS, CNAMTS, CNAF et ACOSS.

Outre l'exclusion du recours à tout licenciement pour motif économique, ces protocoles ont introduit des restrictions croissantes à la mobilité non seulement géographique, mais aussi fonctionnelle, c'est-à-dire au changement d'emploi au sein d'un même organisme.

Les mobilités tant géographiques que fonctionnelles ne peuvent intervenir, lors de réorganisations des réseaux et de mutualisations d'activités entre organismes, que sur la base du volontariat. Ainsi, la clause de mobilité mentionnée dans les contrats de travail de certains salariés est rendue inopposable en cas de restructuration, quelle qu'en soit la modalité (fusion ou mutualisation d'activité avec un autre organisme). Ces dispositions contraignent fortement les possibilités de reconversion de l'activité de certains sites.

Du point de vue géographique, les salariés dont le nouveau lieu de travail se situe à plus de 35 km de leur lieu de résidence, ou ceux dont le temps de trajet aller-retour augmente d'une heure ou plus, bénéficient de primes, d'aides et de congés exceptionnels. Les dispositions prévues pour accompagner la mobilité géographique avec ou sans changement de domicile ont eu des effets très limités : elles ont été appliquées à un peu plus de 500 agents, quand 38 500 étaient concernés par les réorganisations.

550. 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.

551. La départementalisation a concerné 2 200 agents du recouvrement, soit 16 % des effectifs.

En application du protocole de 2013, une prime temporaire⁵⁵² est attribuée à tout salarié qui accepte une mobilité fonctionnelle lors d'opérations de réorganisation, par exemple un changement d'activité au sein du même site. Les données de l'UCANSS font apparaître que 4 000 agents ont bénéficié d'actions de formation continue en lien avec un objectif de mobilité fonctionnelle, mais ne permettent pas d'appréhender le nombre de ceux qui ont effectivement accepté une mobilité fonctionnelle.

De façon générale, les restrictions renforcées apportées à la mobilité géographique et fonctionnelle des agents, en dehors des actes de volontariat, dont la Cour a déjà souligné les contraintes considérables qu'elles font peser sur les progrès nécessaires à l'efficacité de la gestion au sein du régime général⁵⁵³, ont eu une forte incidence sur les processus de réforme et diminué les gains de productivité qui pouvaient en être attendus.

1 - Des réorganisations fonctionnelles de portée inégale

Il peut être distingué, à quelques ajustements près, deux types principaux d'organisations à l'issue des fusions d'organismes dans les branches maladie et famille.

Certaines caisses ont décidé de créer une entité entièrement nouvelle en concentrant les activités sur les sites afin d'engendrer des gains d'efficacité. C'est notamment le cas de la CAF de Seine-Maritime ou de la CPAM de Rouen-Elbeuf-Dieppe-Seine-Maritime.

La création d'entités nouvelles

La CAF de Seine-Maritime a cherché à dépasser les quatre structures préexistantes pour constituer une seule et même entité, ce qui a nécessité d'importantes réorganisations internes. Ainsi, la numérisation des documents des assurés a été répartie sur deux sites au lieu de quatre et des services dédiés à certaines prestations comptant un nombre réduit d'allocataires et à forte technicité. Fin 2012, la gestion des droits et de la relation a été scindée en un pôle « gestion des droits » et un pôle « gestion de la relation » afin de tenir compte de la progressive séparation des fonctions de *front* et de *back office*.

552. Un demi-mois de salaire (changement d'emploi au sein de la même famille de métier) ou un mois entier (changement de famille de métier).

553. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XIII : la productivité dans les organismes du régime général, p. 375-404, septembre 2011, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

La CPAM de Rouen-Elbeuf-Dieppe-Seine-Maritime a été conçue comme une nouvelle caisse par l'équipe de direction, chaque activité étant regroupée sur un site unique. Ainsi, a été concentré à Elbeuf le traitement des pensions d'invalidité et de la couverture maladie universelle et à Dieppe la gestion de la reconnaissance des accidents du travail et maladies professionnelles et des rentes qui leur sont liées. Les indemnités journalières demeurent majoritairement gérées par le site de Dieppe avec un renfort de Rouen. La gestion des prestations en nature reste assurée par les trois sites, mais avec une spécialisation par professionnels de santé.

Dans un grand nombre de cas cependant, les fusions ont à l'opposé conduit à juxtaposer les activités des anciens organismes, sans que celles-ci soient redistribuées entre les différents sites dans un objectif de constitution de pôles d'activité.

Dans la branche maladie, la moitié des CPAM fusionnées s'est organisée par la simple juxtaposition des activités des anciennes caisses, comme cela a été le cas pour la CPAM de Lille-Douai. Pour la branche famille, une proportion équivalente de caisses, à l'image de la CAF du Pas-de-Calais, reste dans ce cas de figure. Dans quatre départements⁵⁵⁴, la mise en œuvre des fusions de CAF s'est traduite par la dissociation du siège administratif (direction) et du siège social (conseil d'administration). Il en a été de même lors de la départementalisation de deux URSSAF⁵⁵⁵.

Certains organismes ont connu une réorganisation partielle, comme la CAF de l'Isère⁵⁵⁶. À la CAF du Nord, la fusion des huit CAF préexistantes s'est toutefois accompagnée du maintien d'une organisation territoriale spécifique pour l'action sociale.

554. Ain, Ardèche, Finistère et Seine-Maritime.

555. Finistère et Pyrénées-Atlantiques.

556. Seule a été centralisée à Grenoble la gestion de prestations comportant un nombre réduit de bénéficiaires (impayés de loyer, allocation journalière de présence parentale et revenu de solidarité active jeunes). Les services de liquidation sont restés implantés sur les sites où ils se trouvaient avant la départementalisation.

Afin de favoriser l'acceptation de la régionalisation, le cadre départemental a pour partie été conservé dans le cadre des nouvelles URSSAF régionalisées. Ainsi, des conseils départementaux paritaires⁵⁵⁷ ont reçu mission d'analyser le contexte économique et social local, la politique de service aux usagers et celle de lutte contre les fraudes. En outre, ont été instaurées des instances départementales d'instruction des recours amiables, qui rendent des avis préalablement à leur examen par la commission de recours amiable de niveau régional⁵⁵⁸.

Pour le reste, la liberté d'organisation laissée aux échelons locaux a entraîné l'apparition de deux principaux modèles de structuration des URSSAF régionales. Le premier est un pilotage hiérarchique et fonctionnel unique d'un ou de plusieurs processus de gestion par un seul responsable régional qui dirige l'ensemble des agents participant aux processus en question, quel que soit leur site de travail. Il correspond à la forme la plus aboutie d'intégration des URSSAF départementales préexistantes en une nouvelle entité comprenant plusieurs sites de production et est appliqué notamment par l'URSSAF des Pays-de-la-Loire. Le deuxième modèle, mis en œuvre en particulier par l'URSSAF de Rhône-Alpes, est le pilotage matriciel, avec un double lien des agents - hiérarchique avec le directeur de site départemental et fonctionnel avec le responsable régional du processus -, au prix cependant d'une multiplication des instances de coordination. Les URSSAF se sont partagées à part égales entre ces deux modèles, qui comportent eux-mêmes des variantes.

Quel que soit le mode d'organisation retenu, les directions des URSSAF régionalisées se sont attachées à regrouper sur certains sites la gestion de comptes cotisants autres que ceux relevant du « cœur de métier » des employeurs de salariés du secteur privé (collectivités publiques, employeurs de personnels de maison, praticiens et auxiliaires médicaux, voire artisans et commerçants). Les comptes cotisants des employeurs du secteur privé tendent eux-mêmes à être reventilés entre les différents sites en fonction d'objectifs d'efficience, indépendamment de

557. À raison de huit représentants des employeurs de salariés et des travailleurs indépendants et de huit représentants des assurés sociaux.

558. L'instance départementale d'instruction des recours amiables (IDIRA) comprend dix membres désignés parmi les membres des conseils départementaux à raison de cinq représentants des employeurs de salariés et des travailleurs indépendants et cinq représentants des salariés. Elle prépare les examens de la commission de recours amiable régionale en émettant de simples avis. Les membres titulaires et remplaçants de l'IDIRA proviennent du conseil départemental, organe issu de la dissolution des conseils d'administration départementaux.

leur localisation géographique⁵⁵⁹. En Île-de-France, l'ensemble des sites de production ont été spécialisés par segments de cotisants et gèrent ces derniers, indépendamment du département dans lequel ils sont localisés.

2 - Des implantations géographiques largement figées

Le resserrement du nombre d'entités juridiques des trois réseaux s'est accompagné d'une réduction moins que proportionnelle, voire parfois d'une augmentation, du nombre de sites permanents d'activité.

Tableau n° 86 : évolution du nombre de sites permanents des réseaux maladie, famille et recouvrement de 2009 à 2014

	Maladie	Famille	Recouvrement
Réduction du nombre de sites permanents	-180 (de 1 427 à 1 247) soit -12,6 %	-55 (de 417 à 362) soit -13,4 %	-8 (de 178 à 170) soit -4,5 %
Réduction du nombre d'organismes locaux	-20 %	-17 %	-78 %

Source : Cour des comptes d'après données UCANSS, CNAMTS, CNAF et ACOSS.

Dans la branche famille, le nombre d'implantations immobilières occupées à titre permanent par les CAF fusionnées⁵⁶⁰ a paradoxalement augmenté de 4 % entre 2010 et 2013, alors que pour les CAF non concernées par la départementalisation il a diminué de 1,6 %.

La réduction du nombre de sites des CPAM fusionnées est identique, en proportion, à celle du réseau pris dans son ensemble. Les opérations de départementalisation n'ont pas conduit à diminuer spécifiquement le nombre de leurs emprises.

Pour le réseau du recouvrement, la COG 2010-2013 avait prévu le maintien de l'ensemble des sites départementaux, y compris les 23 implantations infra-départementales, dont certaines, comme Cholet ou Vienne, ne comptent qu'une trentaine de salariés.

Le caractère figé de la carte des implantations du régime général, jusqu'aux sites de petite taille, peine à trouver une justification fonctionnelle dans un contexte d'évolution des métiers. Il contraint

559. Les recours des cotisants demeurent cependant examinés par les instances départementales d'instruction des recours amiables dans le ressort géographique desquelles ils sont situés.

560. Ou dont la fusion est prévue (Pyrénées-Atlantiques).

fortement l'organisation interne des caisses et fait souvent obstacle à la mise en place de pôles d'activité.

Une optimisation des surfaces immobilières à poursuivre

La circulaire interministérielle du 12 avril 2010 dispose qu'en 2015 « un ratio moyen de 12 m² de surface utile nette (SUN) par poste de travail » doit être visé dans les organismes de sécurité sociale, « conformément à l'orientation fixée à l'égard des opérateurs de l'État »⁵⁶¹. Grâce à une politique immobilière active, la branche maladie s'est conformée à cet objectif dès 2013 avec une surface de 12 m². La branche famille s'en approche avec 12,7 m² de surface par agent pour cette même année. Le réseau du recouvrement s'en écarte en revanche nettement avec 14,2 m². Le nombre de sites dont la surface est supérieure à 15 m² par agent reste toutefois important (70 % des sites de la branche maladie et 40 % des sites de la branche famille⁵⁶²).

3 - Des gains d'efficacité insuffisamment mobilisés

La CNAMTS et la CNAF n'ont pas accompagné l'engagement du mouvement de réorganisation de leur réseau d'un dispositif de suivi des coûts associés et n'ont pas cherché à évaluer les gains d'efficacité qui avaient pu être dégagés.

Une enquête réalisée par la CNAMTS, à la demande de la Cour, pour mesurer les conséquences des fusions sur la masse salariale de la branche fait apparaître un coût des mesures non pérennes de 8,9 M€⁵⁶³ et un coût des mesures pérennes de 7,2 M€⁵⁶⁴ par an à partir de 2011. Au total, le coût cumulé des fusions sur les dépenses de personnel s'élève à 46,6 M€ de 2009 à 2014, dont 37,8 M€ de mesures pérennes. La branche n'a en revanche pas mesuré les éventuelles économies réalisées à la suite des fusions. Les organismes fusionnés ont cependant connu une réduction de leurs effectifs légèrement plus importante (-4,1 %) que les autres caisses (-2,9 %) entre 2010 et 2013, soit un écart de l'ordre de 2 000 emplois correspondant à une économie d'environ 120 M€, dont il

561. La SUN par poste de travail de l'État s'établit à 14,4 m² en 2013 selon le rapport annuel de performance de la mission budgétaire relative à la gestion du patrimoine immobilier de l'État.

562. Ces données ne sont pas disponibles pour les URSSAF.

563. Emplois en CDD (6,3 M€), primes de mobilité (2,5 M€), indemnités de mobilité géographiques (0,08 M€).

564. Attributions de points de compétence (3,9 M€) et de postes (2,3 M€), promotions (1 M€).

n'est cependant pas assuré qu'elle résulte principalement du seul processus de regroupement.

La CNAF dispose d'une connaissance très imparfaite du coût de la départementalisation, son suivi, quoique prévu, n'ayant pas été réalisé avec rigueur. Pour financer les opérations de départementalisation, elle estime avoir mobilisé *a minima* 2,4 M€ en 2011, ce qui apparaît sous-évalué. Au titre des dépenses de fonctionnement des services supports, elle indique une économie reductible de 16 M€ à terme, dont 12,6 M€ en 2015⁵⁶⁵. La branche famille n'a pas réduit ses effectifs sur la période de mise en place des réorganisations, ni globalement, ni plus particulièrement dans les caisses concernées par la départementalisation.

Avec la régionalisation, l'ACOSS fait exception à ce constat d'absence de suivi précis des coûts et des gains d'efficience liés à l'évolution de l'organisation territoriale de son réseau. Ainsi, elle a mis en place un cadre structuré de pilotage des coûts, alimenté par les URSSAF, qui la conduit à évaluer le coût de la régionalisation à plus de 36 M€ sur la période 2011-2014 (actions d'accompagnement, primes, expertises demandées par les représentants du personnel, travaux informatiques).

S'agissant des gains d'efficience, la régionalisation des URSSAF permettrait de faire l'économie de 500 emplois, exprimés en ETP, sur la période 2010-2017, dont 120 sur la période de la COG précédente (2010-2013) et 380 sur celle en vigueur (2014-2017). Ainsi, les réductions d'emplois permises par la régionalisation correspondraient peu ou prou à la totalité de la baisse des effectifs constatée entre 2010 et 2013 et à plus de la moitié de celle programmée dans le cadre de la COG 2014-2017 en vigueur (-740 emplois au total par rapport au 31 décembre 2013).

En définitive, le mouvement de départementalisation mis en œuvre dans les trois réseaux n'a pas suscité de réduction des effectifs des réseaux de CAF et d'URSSAF et sa contribution à celle des effectifs du réseau des CPAM est incertaine. En revanche, la régionalisation des URSSAF concourt à permettre des diminutions d'emplois.

565. Au titre de la réduction progressive du « correctif effet taille ».

Tableau n° 87 : évolution du nombre d'agents (ETP- CDI) du régime général (2009 à 2014)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014/2009
Assurance maladie	75 302	73 407	71 451	70 630	69 864	67 671	-10,1%
Allocations familiales	32 320	32 619	32 466	32 631	32 314	32 089	-0,7%
Recouvrement	13 514	13 534	13 509	13 453	13 380	13 194	-2,4%
Total	121 136	119 560	117 426	116 714	115 558	112 954	-6,8%

Source : CNAMTS, CNAF et ACOSS.

*

* *

Le passage à une organisation territoriale fondée sur une logique départementale, à quelques exceptions près encore, pour l'assurance maladie et la branche famille et désormais régionale pour l'activité de recouvrement, a abouti à un mouvement de concentration significatif, mais inégal, sans conséquence négative pour la continuité du service et le plus souvent sans blocage majeur dans sa mise en œuvre, grâce à une grande progressivité et à une démarche pragmatique qui a laissé chaque nouvelle caisse choisir son modèle organisationnel.

Ces opérations bien menées n'ont pas à ce stade encore dégagé des gains d'efficience en termes d'emplois et d'économies de gestion à la mesure de l'ampleur des réorganisations. Les contraintes posées par les protocoles d'accord sur les mobilités géographiques et fonctionnelles ont fortement contribué à cet état de fait.

Les obstacles à une réorganisation plus profonde ont ainsi favorisé le développement en parallèle de coopérations multiples entre organismes, la mutualisation d'activités apparaissant comme le moyen d'optimiser la répartition de la charge de travail entre ces derniers et de compenser partiellement les contraintes liées à la mobilité réduite des agents.

II - Les mutualisations d'activités : un nouveau maillage fonctionnel en cours de constitution, un risque de complexification

La branche maladie, l'activité de recouvrement, ainsi que la branche vieillesse ont de longue date mutualisé leurs moyens informatiques dans le cadre de centres régionaux de traitement informatiques. En revanche, comme l'a déjà documenté la Cour en 2004,

la coopération régionale entre organismes de base est longtemps restée balbutiante et peu organisée. Des exemples limités de coopérations régionales, parfois anciennes, existent néanmoins⁵⁶⁶.

Les mutualisations ont pris de l'ampleur à partir des COG des années 2005-2006. Les COG successives ont situé le développement des mutualisations d'activités dans les mêmes chapitres que les réorganisations des réseaux, en tant qu'instruments d'efficience et d'amélioration de la performance.

Elles ont cependant fixé un cadre très large à leur développement, avec le plus souvent des orientations très générales, sans les assortir d'objectifs précis ou d'indicateurs de suivi, ni les inscrire dans une trajectoire chiffrée d'amélioration de la productivité. Toutefois, les modalités juridiques ont été précisées, la mutualisation d'une activité consistant en la prise en charge par un organisme de tout ou partie de celle-ci pour le compte d'un autre ou de plusieurs autres en application d'une convention établie entre l'organisme national et les organismes locaux concernés⁵⁶⁷.

A - Un nouveau maillage fonctionnel sans stratégie d'ensemble

Les caisses nationales ont laissé une latitude importante à l'échelon local. L'évaluation préalable des activités entrant dans le champ des mutualisations s'est souvent révélée insuffisante et la désignation des processus mutualisés n'a pas systématiquement tenu compte d'objectifs de gains d'efficience.

566. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2004*, chapitre VII : l'organisation territoriale et fonctionnelle des branches, p. 185-210, septembre 2004, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr : pour l'activité de recouvrement, la mise en place de correspondants régionaux dès 1995 dans certains domaines ; pour la branche famille, l'installation d'experts régionaux avec la COG 2001-2004, majoritairement pour le développement de modèles informatiques ; pour la branche maladie, le développement progressif de plates-formes téléphoniques, dont certaines sur un site commun à chaque regroupement.

567. En application notamment de l'article L. 216-2-1 du code de la sécurité sociale (loi de financement de la sécurité sociale pour 2007).

1 - Un foisonnement d'initiatives portant principalement sur des activités périphériques

Les mutualisations ont porté principalement sur des fonctions support. Lorsqu'elles ont concerné également des activités de production, elles ont visé des tâches secondaires par rapport au cœur de métier.

S'agissant de la branche maladie, la CNAMTS a décliné puis poursuivi à partir de 2006 les mutualisations dans cinq champs principaux : la gestion de certaines prestations en espèces (rentes d'accidents du travail - maladies professionnelles, pensions d'invalidité) et de certains aspects de la gestion des prestations en nature (prise en charge du grand appareillage, numérisation des feuilles de soins papier) ; la relation avec les assurés (accueil physique et accueil téléphonique) ; les fonctions support (documentation, paie, formation, achats et recours contre tiers) ; la gestion du risque avec les actions contentieuses ainsi que la gestion des bénéficiaires de certains dispositifs (couverture médicale universelle, aide médicale d'État). Sauf exception, les prestations en nature et les indemnités journalières dont la gestion concentre la majorité des enjeux et des effectifs ne sont pas entrées dans le champ des mutualisations.

Pour ce qui concerne la branche famille, il a fallu attendre 2009 pour que la CNAF définisse deux types de mutualisation : les services à vocation nationale, dont la mutualisation a été engagée⁵⁶⁸ et des mutualisations régionales laissées à l'initiative des CAF⁵⁶⁹, aux résultats limités. Sur la période de la COG 2013-2017, la branche famille poursuit les mutualisations nationales dans six domaines : les achats, l'éditique, la paie, les prestations aux travailleurs migrants, les opérations de masse pour la lecture automatisée de documents et l'aide aux caisses en difficulté par l'atelier de régulation des charges permettant le transfert de certains dossiers à des CAF moins chargées⁵⁷⁰, sans préjudice du passage à un niveau régional du traitement du contentieux.

568. Pour ce qui concerne les achats, les dossiers des travailleurs migrants, le traitement en lecture automatique des déclarations trimestrielles de ressources du RSA et des déclarations de ressources, l'éditique et la régulation des charges.

569. Numérisation des dossiers allocataires (hors lecture automatisée de documents), gestion du contentieux/recouvrement et paie.

570. Ce dispositif mobilise plus de 700 agents. Pour la seule liquidation des prestations, 5,6 % de la production nationale a été assurée par 44 CAF, dont 12 sont aussi des CAF aidées.

Jusqu'à la régionalisation, l'activité de recouvrement a mené concomitamment des actions de coopération et de mutualisation, en réalité étroitement liées au point de partager un socle commun portant sur de très nombreux domaines⁵⁷¹. Quatre processus principaux ont été généralisés au cours de cette période, avec la gestion de la déclaration unique d'embauche, la gestion administrative de la paie, les achats et marchés et l'assistance technique à la gestion locale du système informatique national. Avec la régionalisation des URSSAF, le développement des mutualisations a de fait été suspendu, à l'exception de la poursuite de quelques initiatives régionales. La COG 2014-2017 prévoit cependant un approfondissement des mutualisations autour de schémas directeurs inter-régionaux en cours de mise en place.

Au total, les nombreuses mutualisations qui se sont développées en tous sens n'impliquent cependant qu'une faible part des effectifs des réseaux : 10 % pour la branche famille en 2014, seulement 3 % pour la branche maladie en 2012 et 3,2 % des effectifs des URSSAF en 2009, avant la régionalisation.

2 - Des redistributions d'activités souvent défensives

Le développement des mutualisations apparaît largement conditionné par des contraintes d'ordre circonstanciel et local. Il a manqué de vision stratégique sur les évolutions à apporter aux modalités de prise en charge des activités concernées afin d'en accroître l'efficacité.

Compte tenu de l'absence de mobilité des effectifs et de l'impossibilité *de facto* de fermer des sites, les caisses de taille modeste ou moyenne assurent plus difficilement certaines missions lorsque celles-ci appellent des compétences spécialisées dont elles sont faiblement pourvues. Les mutualisations constituent alors un moyen de concentrer des expertises sans engager de réorganisation plus importante.

571. Direction et stratégie, gestion des ressources humaines, trésorerie, contrôle interne, comptabilité, statistiques, gestion du risque, contrôle, communication, offres de service et qualité de service, moyens informatiques et système de production.

Une mise en cohérence géographique imparfaitement assurée

Dans la branche maladie, les mutualisations s'inscrivent *de facto* largement dans un cadre régional, sans couvrir cependant la totalité des caisses d'une même région. Selon la CNAMTS, environ 60 % des mutualisations regroupaient une ou plusieurs CPAM d'une même région et seuls 30 % environ associaient toutes les caisses de la région⁵⁷².

La CNAF a mis en place en 2014 des schémas régionaux de mutualisation couvrant de fait un champ très large, pour partie à caractère obligatoire⁵⁷³, pour partie à caractère optionnel sur un plan national⁵⁷⁴ ou régional⁵⁷⁵.

Ces schémas apparaissent hétérogènes tant dans leur ressort géographique que dans leur taille. Au nombre de seize, dix sont régionaux et six inter-régionaux ; quatre ont moins de 400 000 allocataires (Bourgogne, Franche-Comté, Alsace et Lorraine), huit ont entre 400 000 et 600 000 allocataires et les quatre autres entre 1 million et 2 millions d'allocataires (centre régionaux de traitement de l'information (CERTI) Nord, Rhône-Alpes-Auvergne, PACA-Corse et Île-de-France). Par ailleurs, les périmètres d'activités mutualisées ne couvrent pas toujours ceux prévus par les directives de la caisse nationale⁵⁷⁶.

Afin d'assurer un équilibre d'emplois et d'activités entre caisses pivots et caisses adhérentes, la CNAF a accordé des dérogations aux périmètres des schémas régionaux (comme pour la numérisation pour laquelle la CAF pivot du Doubs se rapproche de celle de Saône-et-Loire et la gestion de l'allocation de soutien familial pour laquelle la CAF pivot de Belfort intègre les activités de celles du Doubs, de Haute-Saône et de Saône-et-Loire).

572. Données relatives à l'année 2010. La CNAMTS ne dispose pas de données plus récentes.

573 . Fonctions supports (numérisation, formation continue, documentation), expertises (communication, immobilier, études socio-économiques, contrôle de gestion, achats régionaux) et la production (gestion de l'allocation de soutien familial (ASF), gestion de l'AVPF, plateaux téléphoniques physiques ou virtuels).

574 . Télé-recouvrement, accueil en langage des signes, gestion des allocations différentielles des travailleurs frontaliers et des créances internationales.

575. Gestion de la personne, gestion de l'allocation journalière de présence parentale ou de prestations spécifiques, recouvrement amiable et forcé, fonctions comptables, contrôles sur les assurés et prise en charge d'une partie de la production ou de la vérification d'une autre CAF et maîtrise des risques (contrôle interne des activités).

576. Pour les régions Bretagne et Rhône-Alpes, les CAF ont décidé de transférer la totalité de la gestion de l'allocation de soutien familial au lieu d'une partie de celle-ci. À l'inverse, pour la numérisation des documents des allocataires, certaines CAF ont exclu des tâches prévues par la caisse nationale dans le périmètre de l'activité mutualisée.

Les organismes recherchent de fait, chaque fois que possible, un équilibre mutuel entre les effectifs, à l'emploi près et les activités entrant dans le champ des mutualisations.

Une illustration de la répartition des charges de travail dans le cadre d'une mutualisation locale d'activités

À la CPAM de Lille Douai, pour la mutualisation de la gestion des courriels assurée par les plateformes des CPAM de Tourcoing et de l'Artois, les 9,29 ETP concernés se répartissaient en 2013 à hauteur de 1,3 ETP pour la CPAM des Flandres, 3,96 ETP pour celle de Lille-Douai, 1,99 ETP pour celle de Roubaix-Tourcoing et 2,03 ETP pour celle du Hainaut.

Cette approche induit des regroupements d'activités de dimension souvent modeste, en faisant ainsi obstacle à la réalisation de gains de productivité significatifs.

Certaines mutualisations permettent aussi de conforter des caisses, parfois de petite taille, avec l'apport d'activités de portée nationale. La CNAMTS a ainsi confié 12 missions nationales à 17 CPAM en 2013 pour un total de près de 350 ETP. Certaines sont de petite taille, comme la CPAM de Digne (gestion des données administratives relatives aux organismes complémentaires), celle de Guéret (gestion de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie), celle d'Aurillac (« *hotline* » employeurs) ou celles de Mende ou de Saint-Lô (plateformes de délestage).

3 - Une grande complexité de gestion

Dans la branche famille, la multitude des champs couverts conduit à un très grand nombre de caisses pivots qui assurent les prestations mutualisées pour le compte des caisses adhérentes. Il existe ainsi pour 102 CAF pas moins de 250 caisses pivots⁵⁷⁷, dont 90 pour les mutualisations à caractère national et 160 pour celles de niveau régional.

577. La caisse pivot est l'organisme chargé de l'activité mutualisée. Elle signe une convention avec la caisse nationale et un contrat de service avec les caisses adhérentes.

L'enchevêtrement des mutualisations au sein de la branche famille

S'agissant des mutualisations nationales, la gestion de la paie est assurée fin 2014 par huit caisses pivots pour le compte de 49 caisses adhérentes, les caisses pivots étant assistées par six caisses d'appui avec 16 CAF adhérentes, 37 CAF restant en dehors du dispositif. La lecture automatique des documents (LAD) est, quant à elle, assurée par dix CAF pivots, dont deux couvrent trois déclarations différentes, trois deux déclarations et cinq une seule déclaration.

Dans le domaine des mutualisations régionales faisant partie des domaines socle obligatoires, 22 caisses pivots interviennent pour la numérisation de documents (dans les domaines autres que la LAD) pour le compte de 41 CAF. Pour 24 autres, l'externalisation est en cours ou envisagée. Les caisses restantes demeurent encore autonomes et ne sont rattachées à aucune caisse pivot.

La plateforme d'accueil téléphonique d'Île-de-France couvrant quatre CAF dispose d'un site principal pour la CAF du Val-de-Marne, dans des locaux de celle de Paris et de l'appui des quatre caisses adhérentes, de deux caisses de province (Mont-de-Marsan et Guéret) et d'un plateau à Moulins employant des salariés hors convention collective UCANSS selon des horaires parfois atypiques.

La CAF de Pau s'est engagée dans onze domaines de mutualisation de 2009 à 2015. Elle est CAF pivot pour la gestion de la paye pour deux autres CAF (Bayonne et Tarbes) et adhérente pour les dix autres processus auprès de quatre caisses (Bordeaux, Tarbes, Bayonne, Mont-de-Marsan). Seules deux actions de mutualisation ont été conçues à ce stade avec la CAF de Bayonne (à hauteur d'un ETP), avec laquelle elle est pourtant appelée à fusionner d'ici la fin de la COG en 2017.

Dans la branche maladie, environ 700 mutualisations d'activités concernant plusieurs CPAM étaient dénombrées en 2013. Elles résultent des 450 projets mis en œuvre sur la période de la COG 2006-2009 et des 250 autres lancés pendant la COG 2010-2013. Pour autant, certaines activités n'ont encore été que partiellement mutualisées.

Des mutualisations incomplètes au sein de la branche maladie

Malgré son développement depuis 2006, la gestion mutualisée des rentes d'accidents du travail - maladies professionnelles, des pensions d'invalidité et des capitaux décès couvre un champ encore incomplet. Ainsi, 74 CPAM sont concernées par celle des rentes (24 caisses prenantes traitent 60 % des décomptes au plan national), 79 par celle des pensions d'invalidité (27 caisses prennent en charge 60 % des décomptes) et 88 par celle des capitaux décès (20 caisses assurent 85 % des décomptes).

Les effectifs en charge de ces processus sont dispersés, avec 477 ETP⁵⁷⁸ sur 55 sites pour la gestion des rentes, 668 ETP sur 50 sites pour celle des pensions d'invalidité et 80 ETP sur 34 sites pour la gestion des capitaux décès. Cet état de fait vaut aussi pour les recours contre tiers avec 805 ETP sur 67 sites.

Ces mutualisations enchevêtrées sans stratégie d'ensemble, « en toile d'araignée » comme l'IGAS a pu qualifier celles développées par la branche famille dans son évaluation de la COG 2009-2012, aboutissent à un maillage fonctionnel dont la complexité ne favorise pas la réalisation de gains d'efficience.

B - Une contribution réduite aux gains de productivité

1 - Un pilotage compliqué

Généralement, seule une partie des activités mutualisées est transférée. L'organisme délégant demeure l'organisme d'affiliation de l'assuré. Il reste ainsi responsable de la tenue du fichier de ses bénéficiaires, de la relation de proximité (téléphone et accueil), de la gestion des réclamations et contestations (amicales et contentieuses) à traiter en relation avec l'organisme délégataire qui assure l'instruction et la liquidation des dossiers. Ce partage des activités est source de complexité pour les organismes délégants et délégataires.

578. Mutualisés et non mutualisés.

Des responsabilités mal définies

Les directives nationales organisent un partage de responsabilité des agents comptables. Toutefois, d'après les textes⁵⁷⁹, c'est l'agent comptable de la caisse prenante qui est seul responsable personnellement et pécuniairement des opérations dont la gestion a été déléguée.

En sens inverse, les caisses délégantes demeurent responsables vis-à-vis des caisses nationales, dans le cadre notamment de la validation des comptes des organismes locaux par les agents comptables des organismes nationaux, de la réalisation d'actions de contrôle interne et de niveaux de maîtrise des risques de portée financière dont elles n'ont plus la maîtrise.

Le nombre élevé de mutualisations conduit à une multiplication d'instances de suivi, sans que l'information apportée aux caisses cédantes apparaisse toujours suffisante.

Le pilotage de mutualisations au sein de la branche maladie et de la branche famille

Dans la branche maladie, quel que soit le type de mutualisation, le suivi de l'engagement des parties est assuré par un comité de pilotage composé de représentants des organismes signataires. Ce pilotage est hétérogène, relevant d'une structure départementale, puis régionale (CPAM de Rouen-Elbeuf-Dieppe-Seine-Maritime) ou éclatée dans une logique de pilotage par activité (CPAM de Pau ou de Lille-Douai). S'agissant de ce dernier organisme, tous les comités de pilotage n'ont pas été mis en place. En outre, pour les 17 missions nationales déléguées par la CNAMTS à certains organismes (voir *supra*), alors que sont prévus un comité de pilotage et un groupe de suivi technique, les caisses dont la Cour a examiné le fonctionnement ne recueillaient aucune information sur les activités dont elles avaient délégué la gestion.

Dans la branche famille, de très nombreux comités ont été créés. Pour chaque champ de mutualisation, une instance nationale d'appui rassemble les responsables de la CNAF et de l'ensemble des CAF pivots. Pas moins d'une quinzaine d'instances d'appui ont été mises en place, auxquelles sont associés des groupes de travail. Localement, le pilotage est assuré par les caisses pivots en lien avec ces instances et avec le comité directeur du schéma régional de mutualisation animé lui-même par un directeur coordonnateur. L'articulation entre tous ces comités devient si complexe qu'ont été mises en place des instances pour à leur tour les coordonner.

579. En application de l'article D. 122-23 du code de la sécurité sociale.

2 - Une évaluation insuffisante de l'efficacité et de la qualité de service

Le plus souvent, il n'est pas fixé d'objectifs de qualité de service au moindre coût pour les différentes mutualisations. Lorsque tel est le cas, leur réalisation n'est généralement pas suivie. Comme l'a déjà relevé la Cour⁵⁸⁰, les indicateurs en vigueur ne permettent pas de rendre compte de l'impact des mutualisations. En effet, il n'a pas été mis en place de dispositifs permettant de mesurer spécifiquement les résultats de la gestion de l'activité mutualisée (qualité de la liquidation des prestations, délais, coûts de gestion et productivité).

Dans la branche maladie, un bilan d'ordre général a été établi sur les actions mises en œuvre pendant la COG 2006-2009, avec le concours d'un prestataire, mais cette démarche n'a pas été renouvelée. Une étude spécifique a cependant été menée sur la mutualisation des rentes, des capitaux décès et des pensions d'invalidité. Elle fait apparaître des résultats contrastés⁵⁸¹.

Dans la branche famille, la démarche reste à construire. Pour la mise en œuvre des contrats de service entre CAF pivots et CAF adhérentes, les instances nationales d'appui doivent en effet désormais, avec des groupes de travail constitués avec les CAF pivots, définir leurs modalités d'exécution, leurs indicateurs de qualité et de performance, leurs engagements et leurs responsabilités réciproques. En outre, les effectifs de référence pour traiter ces activités sont en cours de réestimation. Aucun tableau de bord n'est toutefois encore disponible pour les comités directeurs des schémas régionaux de mutualisation.

580. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XVII : les contrôles des caisses dans le cadre du réseau d'alerte, p. 490-491, septembre 2011, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

581. Ont été constatés une nette amélioration de la gestion des capitaux décès en matière de productivité moyenne, de délais et de qualité de traitement, des progrès circonscrits à l'amélioration de la qualité s'agissant de la gestion des rentes et des améliorations de portée limitée pour celle des pensions d'invalidité.

3 - Une contribution difficile à mesurer aux efforts de productivité

En l'absence d'objectifs explicites de gains de productivité qui auraient été définis au préalable, il n'existe généralement pas de bilan économique des mutualisations. Les coûts de montée en charge, les économies et les effets en emplois ne sont pas identifiés ou bien le sont de façon partielle et hétérogène.

Pourtant, les mutualisations, dès lors qu'elles ont une certaine ampleur, peuvent avoir des effets significatifs. La CNAF estime ainsi que la mutualisation de l'édition⁵⁸² a permis à la branche d'économiser 22,5 M€ entre 2009 et 2012.

En matière d'emplois, les quelques estimations disponibles traduisent des effets relativement limités. La CNAMTS estime ainsi que les gains de productivité permis par les mutualisations correspondent à 378 ETP sur la période 2006-2013, soit l'équivalent d'un peu moins d'une cinquantaine d'emplois par an en moyenne. Pour l'activité de recouvrement, la baisse des effectifs liée aux activités mutualisées est estimée à 55 ETP sur la période 2006-2009⁵⁸³, soit moins d'une quinzaine d'emplois en moyenne par an. La CNAF n'a pas effectué de bilan de ce type, mais estime les gains potentiels liés aux mutualisations à 367 ETP sur la période 2013-2017, soit environ 70 ETP par an, sur la base d'éléments de calcul optimistes⁵⁸⁴.

Au total, la contribution des mutualisations mises en œuvre aux efforts de productivité apparaît en l'état modeste à l'échelle des effectifs et des charges de gestion administrative des branches concernés.

*

* *

582 . Cinq centres assurent désormais l'impression, la mise sous plis, l'affranchissement et la remise à l'opérateur postal des documents faisant l'objet de lecture automatique ainsi que les notifications Cristal. La moitié des courriers de la branche famille était prise en charge par ces centres en 2012. La question de la taille de ces derniers reste posée avec des volumes de plis traités très disparates (rapport de 1 à 5).

583. IGAS, *Bilan de la COG 2006-2009*, mai 2010.

584. Sur ces 367 ETP, 80 proviendraient de la mutualisation de la paie. Cette estimation procède d'une hypothèse de traitement de 300 bulletins de salaires par agent, alors que le centre de gestion de Paris, qui fait partie du dispositif mutualisé, ne traite que 170 bulletins par agent fin 2014.

La sélection et la répartition des processus mutualisés ont résulté de dynamiques et de consensus essentiellement locaux, avec pour conséquence le choix d'activités qui ne sont pas centrales et un très grand enchevêtrement sans mise en cohérence des logiques fonctionnelles et géographiques. Les périmètres des activités mutualisées entre organismes ne se recouvrent en effet presque jamais d'une mutualisation à l'autre. Chaque organisme dépend ainsi de plusieurs autres, selon une logique souvent défensive.

Le maillage fonctionnel de plus en plus complexe qui en résulte devient de moins en moins facilement réversible, si une stratégie plus ferme appuyée sur une vision prospective forte n'est pas rapidement mise en œuvre.

III - Définir de nouveaux modèles organisationnels

Dans le cadre des lois financières, un objectif d'économies de gestion a ainsi été fixé aux organismes de sécurité sociale, à hauteur de 1,5 Md€ de 2015 à 2017. En application des COG en vigueur, la branche maladie doit poursuivre ses efforts de réduction des effectifs à hauteur de 4 490 ETP d'ici 2017, tandis que la branche famille et l'activité de recouvrement doivent procéder à des diminutions d'emplois à hauteur respectivement de 1 700 ETP⁵⁸⁵ et de 740 ETP, soit une baisse de 6 930 ETP au total.

Au-delà de la nécessité de dégager à cet effet activement et rapidement tous les gains d'efficience possibles en mobilisant l'ensemble des leviers de productivité disponibles pour approfondir les réorganisations intervenues, une modernisation en profondeur du modèle organisationnel des différents réseaux doit être anticipée et préparée à l'horizon des prochaines COG pour répondre à l'évolution des métiers et renforcer la maîtrise des coûts.

585. Chiffre net incluant la restitution des 700 emplois supplémentaires dont elle a bénéficié en début de COG.

A - Des réorganisations à parachever

1 - Des écarts de productivité substantiels à réduire

À l'issue des réorganisations, l'écart de taille mesuré en nombre d'emplois entre organismes locaux demeure très important. Il varie de 1 à 22 pour le réseau de la branche maladie, de 1 à 23 pour celui de la branche famille et de 1 à 33 pour l'activité de recouvrement.

Tableau n° 88 : écarts de taille entre organismes (2013)

En ETP

	Maladie	Famille	Recouvrement
Entité la plus petite, en ETP	107	65	87
Entité la plus grande, en ETP	2 316	1 479	2 856
Écart de 1 à ...	22	23	33

Source : CNAMTS, CNAF et ACOSS, calculs Cour des comptes

À titre illustratif, au 31 décembre 2013, les effectifs des 25 plus petites CPAM - dont 19 avec des effectifs inférieurs à 200 salariés - représentaient 4 275 agents, chiffre d'un ordre de grandeur comparable au gain de 4 490 emplois attendu pour l'ensemble de la branche à l'horizon 2017. Autre comparaison possible s'agissant du réseau du recouvrement, parmi les 23 sites infra-départementaux maintenus en activité, l'effectif cumulé des 13 sites les moins importants de chacun des dix départements concernés correspond au nombre d'emplois à restituer à la fin de la COG 2014-2017 en vigueur.

S'agissant des écarts d'emplois dans la branche maladie, parmi les 22 caisses primaires fusionnées, 15 ont un nombre d'emplois supérieur à la CPAM équivalente avant l'effectif le plus réduit⁵⁸⁶. À titre d'illustration de l'importance des écarts qui restent à réduire après réorganisation du réseau, ces 15 CPAM auraient un effort à effectuer de près de 2 000 ETP, soit l'équivalent de 45 % de l'objectif de réduction d'emplois de la branche sur la COG d'ici à 2017, pour s'aligner sur les effectifs des caisses comparables ayant le meilleur ratio de bénéficiaires par agent.

586. La notion d'équivalence s'analyse ici en termes de nombre de bénéficiaires consommateurs pondérés (BCP) par CPAM. Il consiste en la somme du nombre d'assurés, de prestataires de soins et de décomptes de remboursements, pondérés en fonction de la charge de travail afférente à chacune de ces unités élémentaires. Pour être comparées entre elles, les CPAM ont été regroupées par strates de 50 000 BCP.

Les caisses les plus importantes de par leur taille ne sont pas nécessairement les plus performantes en termes de coûts. Parmi les cinq premières CPAM⁵⁸⁷, deux sont en dessous de la médiane et trois au-dessus. Trois des cinq premières CAF⁵⁸⁸ sont moins coûteuses que la médiane et deux sont plus coûteuses. Deux des trois premières URSSAF⁵⁸⁹ ont un coût inférieur à la médiane et une un coût supérieur.

De fait, les écarts de coûts entre organismes font apparaître un potentiel élevé d'économies.

Tableau n° 89 : écarts de coûts entre organismes (2013)⁵⁹⁰

En €

	Maladie	Famille	Recouvrement
Organisme le moins coûteux par ETP	45 509	34 100	60 150
Organisme le plus coûteux par ETP	63 334	63 800	79 592
Écart de 1 à...	1,39	1,87	1,33

Source : CNAMTS, CNAF et ACOSS, calculs Cour des comptes.

À titre d'exemple, si les 25 CPAM les moins performantes - sous-ensemble qui ne coïncide pas avec celui des 25 CPAM les plus petites - atteignaient le coût moyen par bénéficiaires des 25 CPAM les plus performantes, l'économie pourrait atteindre 274 M€⁵⁹¹. De même, un alignement des 30 CAF les plus coûteuses sur les dix CAF les moins coûteuses permettrait une économie de l'ordre de 50 M€. Pour le réseau du recouvrement, l'économie potentielle de l'alignement des

587. La notion d'équivalence s'analyse ici en termes de nombre de bénéficiaires consommateurs pondérés (BCP) par CPAM. Il consiste en la somme du nombre d'assurés, de prestataires de soins et de décomptes de remboursements, pondérés en fonction de la charge de travail afférente à chacune de ces unités élémentaires. Pour être comparées entre elles, les CPAM ont été regroupées par strates de 50 000 BCP.

588. Paris, Bouches-du-Rhône, Hauts-de-Seine, Rhône et Seine-Saint-Denis.

589. Nord, Bouches-du-Rhône, Paris, Rhône et Seine-Saint-Denis.

590. Méthode de calcul identique pour les trois réseaux : budget de gestion administrative de l'organisme divisé par le nombre d'ETPMA.

591. En 2013, les coûts de fonctionnement des CPAM sont évalués par la CNAMTS à 3,3 Md€ (sur le seul champ des dépenses de fonctionnement des CPAM hors charges de gestion de la CNAMTS, du service médical, des CGSS et des CARSAT pour la partie service social de l'assurance maladie) et hors diverses dépenses à caractère limitatif (la principale étant représentée par les remises de gestion des mutuelles délégataires). Avec un coût moyen du bénéficiaire consommant pondéré (BCP) de 62,07 €. Le coût moyen du BCP des 25 CPAM les plus performantes s'établit à 53,01 €. En appliquant ce coût moyen aux 15 628 149 BCP des 25 CPAM les moins performantes, les coûts totaux seraient ramenés à 2,8 Md€.

cinq URSSAF les plus onéreuses sur les cinq les plus performantes s'établirait à 66 M€. Au total, cette homogénéisation des performances de productivité conduirait, toutes choses égales par ailleurs, à un potentiel d'économies de près de 400 M€, soit l'équivalent d'environ 6 500 ETP⁵⁹².

2 - Une taille optimale des organismes de base à définir

La branche maladie a retenu à partir de 2005 la prise en charge de 250 000 bénéficiaires actifs par CPAM comme référence de taille utile en-deçà de laquelle des réorganisations devaient être engagées. Ce seuil, mis en œuvre de façon pragmatique à l'occasion des fusions de caisses, apparaît aujourd'hui obsolète. Les 16 caisses ayant 400 000 à 500 000 bénéficiaires⁵⁹⁶ affichent en effet de meilleures performances en termes de coûts comme de qualité de la gestion que les 52 caisses situées en deçà.

Cependant, la CNAMTS s'éloigne de cette référence de taille utile par caisse primaire en privilégiant aujourd'hui une approche de « taille optimale par processus » de gestion, qui la conduit à ne pas réexaminer la pertinence du ressort des caisses. Cette démarche conduit à affecter les activités et les moyens dans un réseau qui n'optimise pas globalement sa gestion, alors qu'une amélioration plus significative des performances apparaît accessible à condition de réexaminer la pertinence du ressort de certaines caisses.

Pour la branche famille, les 12 caisses dont le nombre d'allocataires pondérés est inférieur à 50 000 ont des coûts plus élevés pour une qualité de service supérieure ou égale à 85 %, alors que les caisses dont le nombre d'allocataires est supérieur à 200 000 ont des coûts moins élevés et une dispersion plus grande de qualité de gestion.

592. Avec pour référence un coût annuel de 61 000 € par ETP, charges comprises.

596. Mesures réalisées à partir du nombre de bénéficiaires consommateurs pondérés (BCP), indicateur tenant compte de la consommation par classe d'âge des ressortissants de chaque CPAM. Les organismes comptant plus de 500 000 bénéficiaires se situent au-dessus de la moyenne nationale en termes de coût du BCP, à l'exception notable de la CPAM des Hauts-de-Seine (qui liquide par délégation les prestations du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières). Les indicateurs de qualité correspondent aux résultats de l'axe « service » des contrats pluriannuels de gestion passés entre les caisses et la CNAMTS.

S'agissant de l'activité de recouvrement, la taille des organismes influe aussi sur leur productivité et justifierait une approche en termes de taille optimale par organisme. Les trois URSSAF gérant moins de 150 000 comptes actifs pondérés⁵⁹⁷ sont moins productives que la moyenne, celles ayant en charge de 150 000 à 300 000 comptes actifs pondérés (8 sur 11) sont très majoritairement inférieures à la moyenne, alors qu'au-dessus de 400 000 comptes actifs pondérés, une tendance se dégage à une meilleure productivité.

En se privant de cet instrument de pilotage du réseau que pourrait être la définition d'une taille optimale des organismes de base, la recherche de gains de productivité dans le régime général apparaît durablement contrainte par des implantations territoriales qui continuent à privilégier une logique d'accessibilité physique et de couvertures de l'ensemble des fonctions sur un même site. Une autre voie plus prometteuse serait de rechercher le mode de gestion le plus efficace pour chacune, quitte à dissocier beaucoup plus nettement présence de proximité et lieux de production.

B - Construire une nouvelle organisation cible

1 - Des leviers de modernisation à mieux utiliser

Les conséquences de la dématérialisation sur le lieu de traitement des prestations ne sont pas envisagées de manière suffisamment prospective et active par les caisses nationales. Ce levier puissant de réorganisation est insuffisamment exploité pour enrichir et développer les mutualisations fonctionnelles sur les fonctions essentielles et définir une nouvelle organisation territoriale cible. Ainsi, les flux électroniques de prestations en nature, dématérialisés depuis 1997, date de création de la carte Vitale, sont encore aujourd'hui adressés aux CPAM départementales.

De manière générale, la dématérialisation croissante des échanges entre les usagers et les organismes sociaux (télé-déclaration des prélèvements sociaux et des demandes de prestations, ainsi que des justificatifs qui accompagnent ces dernières) permet de dissocier les lieux respectifs des activités de production et de gestion de la relation physique avec les usagers du service public de la sécurité sociale.

597. En dehors de la Corse.

Si certaines initiatives ont permis de concentrer l'expertise et la gestion de processus complexes sur certains sites, elles restent relativement limitées.

L'émergence de centres nationaux de traitement

La branche maladie s'est dotée de deux centres nationaux (centre national des soins à l'étranger à Vannes, mission nationale de gestion des données des organismes complémentaires à Digne).

Une part déterminante des activités des URSSAF est gérée dans un cadre national par des centres nationaux ou par des URSSAF compétentes à l'égard de certaines catégories de cotisants.

S'agissant des prélèvements sociaux des employeurs de personnels de maison, le réseau du recouvrement s'est doté de centres nationaux de gestion du chèque emploi service universel et de la prestation d'accueil du jeune enfant, respectivement situés à Saint-Étienne et au Puy-en-Velay.

Surtout, les entreprises comptant au moins 2 000 salariés, dites « très grandes entreprises » (TGE), doivent depuis 2008 obligatoirement déclarer les prélèvements sociaux de l'ensemble de leurs établissements, quelle qu'en soit la localisation, à huit URSSAF désignées par l'ACOSS⁵⁹⁸. La COG 2014-2017 prévoit d'étendre le champ de cette gestion nationale des comptes cotisants suivant deux modalités : un abaissement à 1 000 salariés du seuil de centralisation obligatoire et l'instauration d'une obligation de centralisation pour les groupes d'entreprises. À organisation inchangée des URSSAF, ces évolutions conduiraient à accroître substantiellement l'activité des unions gérant des TGE et réduiraient concomitamment celle des autres unions de plus petite taille, dont les coûts de gestion unitaires par compte cotisant sont déjà comparativement plus élevés.

598 . Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Alsace, Rhône-Alpes, Pays-de-la-Loire, Aquitaine, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur. En 2012, les TGE assujetties à une obligation de versement en un lieu unique ont versé 54,9 Md€ de prélèvements sociaux aux huit URSSAF précitées (soit 17,9 % du total des prélèvements sociaux collecté par le réseau des URSSAF). Par ailleurs, les entreprises qui ont opté pour un versement en un lieu unique (auprès de l'une des URSSAF) ont versé 49,5 Md€ de prélèvements sociaux pour cette même année (soit 16,1 % du total des prélèvements sociaux collecté par le réseau des URSSAF). *Évaluation de la COG ACOSS 2010-2013*, IGAS, février 2014.

Pour l'ensemble des branches, les stratégies « multicanal »⁵⁹⁹ d'accueil du public déployées par les caisses nationales et l'agence centrale favorisent une séparation plus stricte entre *front* et *back office* en assurant la convergence des différents flux d'accueil (physique, téléphonique, numérique) dans un outil unique de gestion de la relation client consultable par les opérateurs chargés de la mise en œuvre des changements du dossier de l'utilisateur.

Si des points d'accueil physique -avec des agents dotés des outils informatiques permettant d'effectuer des opérations simples – demeurent nécessaires, l'évolution des systèmes d'information tend à priver sans cesse davantage de justification fonctionnelle la prise en charge de tâches standardisées et en grande partie automatisées par plusieurs dizaines d'entités juridiques distinctes.

Par ailleurs, mobilisé par la généralisation au 1^{er} janvier 2016 de la déclaration sociale nominative à l'ensemble des entreprises, le réseau du recouvrement conduit une réflexion sur les impacts de cette déclaration sur l'organisation des activités des URSSAF. Cette nouvelle modalité déclarative des prélèvements sociaux assis sur les salaires est par ailleurs de nature à avoir des impacts importants sur les activités des branches de prestations du régime général. Les opportunités d'évolution de l'organisation des activités de production qui en découlent ne devraient pas être négligées.

2 - Redéfinir le ressort des organismes de base

Le ressort départemental n'est ainsi pas nécessairement le plus adapté, dans tous les cas, à l'organisation des activités des CAF et des CPAM. Quoique plus large, le cadre régional peut de son côté parfois apparaître relativement étroit pour une partie des activités gérées par les plus petites URSSAF.

Dans une préoccupation de taille pertinente d'organisme et au regard de la capacité à concentrer aujourd'hui plus fortement les processus de traitement sur certains sites, le ressort géographique des

599. L'offre de service dite « multicanal » repose sur l'utilisation d'un outil de gestion de la relation client commun aux accueils physique, téléphonique et courriel. Cet outil assure la traçabilité de l'ensemble des contacts avec les assurés sociaux. Les caisses nationales segmentent par ailleurs leur offre de service dans une logique d'optimisation de l'emploi de leurs ressources en fonction des besoins des usagers. Le déploiement de l'accueil sur rendez-vous et le développement des services dématérialisés et des bornes multiservices participent à cette stratégie.

CPAM et des CAF pourrait être davantage modulé en fonction d'une stratégie de réorganisation d'ensemble des activités. En fonction du schéma cible qui serait retenu à la suite de cette analyse, le ressort des caisses pourrait, selon le cas, conserver un caractère départemental ou bien couvrir plusieurs départements, voire tout ou partie d'une région.

Les attributions des conseils départementaux en matière d'action sociale, qui ont constitué l'une des principales justifications au maillage départemental des CAF, ne sauraient faire obstacle à de nouveaux regroupements de caisses, dans certains cas, sur un périmètre plus large que le département. Elles impliqueraient uniquement qu'une même CAF ait pour interlocuteurs plusieurs conseils départementaux. C'est au demeurant déjà le cas pour les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT), qui ont pour ressort la région ou l'inter-région, en matière de cofinancement de projets de construction et de rénovation de maisons de retraite dans le cadre de l'action sociale collective.

Une extension du ressort de certaines CAF et CPAM, au-delà de leur département, aux caisses voisines de faible dimension permettrait d'intégrer aux nouvelles organisations une partie des activités qui donnent aujourd'hui lieu à des mutualisations reposant avant tout sur des logiques de partage de la charge de travail en fonction de capacités disponibles plutôt que de « blocs de compétence » homogènes. Elle pourrait aussi permettre à la branche maladie de mettre son organisation davantage en cohérence avec le niveau régional retenu pour le pilotage de l'offre de soins avec la création des agences régionales de santé par la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » du 21 juillet 2009, notamment en matière de gestion du risque, aujourd'hui toujours assurée dans la pratique par chaque CPAM dans un cadre départemental, même si elle fait l'objet d'une forme de coordination au niveau régional.

S'agissant du réseau du recouvrement, l'ACOSS a engagé la mise en œuvre de mutualisations portant sur des activités désignées par l'agence centrale (accueil téléphonique de premier niveau, gestion de la trésorerie, formation professionnelle) et d'autres proposées par les URSSAF. Des schémas directeurs inter-régionaux de mutualisation validés par l'agence centrale désigneront une ou plusieurs URSSAF par activité mutualisée au sein de chacune des inter-régions. Au nombre de huit, ces dernières épousent, selon le cas, la nouvelle carte des régions administratives issue de la loi du 16 janvier 2015⁶⁰⁰ ou, sans contredire

600. Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, Rhône Alpes-Auvergne et Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées.

celle-ci, couvrent plusieurs régions⁶⁰¹. Elles comprennent dans tous les cas l'une des huit URSSAF compétentes pour gérer au plan national les comptes cotisants des établissements des entreprises de très grande taille.

3 - S'inscrire systématiquement dans une logique de synergies interbranches et inter-régimes

Les COG abordent peu les démarches transversales à plusieurs branches du régime général ou régimes de sécurité sociale.

Les fonctions support de l'éditique, des achats et de la paie, sous réserve de la résolution de certaines difficultés⁶⁰², constituent pourtant des domaines propices à une mise en commun afin de dégager des gains de productivité significatifs. Des groupes de travail nationaux sur ces questions sont animés par la direction de la sécurité sociale, mais sans débouchés opérationnels à ce jour. Les achats ont fait l'objet néanmoins de la définition en 2011 d'orientations communes par le comité exécutif de l'UCANSS qui réunit les branches du régime général. Les achats mutualisés entre les branches du régime général portent cependant sur un volume encore limité, quoiqu'en augmentation⁶⁰³.

Au-delà des fonctions support, la question peut se poser de la mutualisation plus poussée de certaines fonctions par délégation d'un régime à un autre. Constatant le coût de gestion beaucoup plus élevé des prestations familiales par les caisses de la mutualité sociale agricole (4,7 % du montant des prestations) que par les CAF (2,9 %), la Cour avait

601. Île-de-France et Centre, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, Pays-de-la-Loire et Bretagne, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Haute et Basse-Normandie, Alsace, Lorraine, Champagne-Ardenne et Bourgogne-Franche-Comté.

602. Les réseaux du régime général, à l'exception de la branche retraite, utilisent le même logiciel de paie (GRH). L'emploi des différentes fonctions de cette application est très variable selon les branches. Son architecture, conçue pour une utilisation isolée dans un organisme, freine une potentielle mutualisation interbranches.

603. Selon l'UCANSS, le montant des achats mutualisés est passé, courant 2014, de 75 à 230 M€. À titre de comparaison, le montant des achats et des charges externes comptabilisé par les branches et par l'activité de recouvrement du régime général, prises ensemble, s'est élevé à plus de 1,3 Md€ en 2014.

ainsi recommandé que soit étudiée la reprise en gestion technique par ces dernières de leur traitement⁶⁰⁴.

La convention-cadre de performance du service public de la sécurité sociale prévue par l'article L. 114-23 du code de la sécurité sociale, issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, qui a pour objet de mobiliser les principaux organismes nationaux de sécurité sociale autour d'objectifs communs et de favoriser leurs synergies, n'a cependant encore connu aucune concrétisation. Cet instrument vise pourtant des domaines majeurs d'intérêt commun pour les trois principaux régimes (général, indépendants et agricoles) et aux branches du régime général : mesures de simplification, amélioration de la qualité du service, mutualisations entre organismes (gestion immobilière, achats, ressources humaines, communication et systèmes d'information, présence territoriale et évaluation de la performance).

*

* *

La nouvelle génération des conventions d'objectifs et de gestion des branches du régime général pour les années 2018 à 2021 et leurs homologues pour les autres régimes de sécurité sociale doivent ainsi être précédées d'un réexamen d'ensemble des processus métier et des organisations dans un objectif de mutualisation large, cohérente et efficiente, afin de redéfinir un nouveau cadre territorial et fonctionnel à même de dégager des gains de productivité et de qualité de service indispensables.

604. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XV : la réorganisation de la Mutualité sociale agricole, p. 435-459, septembre 2011, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au cours de la dernière décennie, avec la départementalisation des réseaux des branches maladie et famille et de l'activité de recouvrement, puis la régionalisation des URSSAF, le régime général a fait progressivement, mais significativement évoluer une organisation territoriale jusque-là historiquement figée, sans rupture de la continuité du service rendu ni dégradation notable de sa qualité et sans blocage majeur.

Cette reconfiguration importante, conduite avec pragmatisme et en laissant une large initiative dans sa mise en œuvre aux échelons locaux, a touché toutefois inégalement les différents réseaux, celui du recouvrement allant le plus loin dans sa recomposition. Pour autant, il s'est agi encore, pour nombre d'organismes, de fusions de nature principalement juridique, les redistributions d'activités, les refontes organisationnelles et la restructuration des implantations n'ayant pas été systématisées.

Dans le même temps, la multiplication de mutualisations d'activités entre organismes locaux, portant sur de multiples champs, mais exceptionnellement sur les processus aux enjeux les plus forts, encadrée de façon insuffisamment ferme par les caisses nationales, a dessiné un nouveau maillage fonctionnel d'une grande complexité.

Ce double mouvement de réorganisation géographique et fonctionnelle, qui a mobilisé des ressources significatives dans les branches concernées, aurait pu conduire à redessiner puissamment les modes de fonctionnement dans un objectif d'efficience accrue de la gestion.

Ces évolutions n'ont pas encore dégagé des gains de productivité à la mesure de leur ampleur. Les très fortes contraintes liées aux protocoles d'accord passés par l'UCANSS ont anormalement paralysé les mobilités géographiques et fonctionnelles des agents. Elles ont facilité le maintien de sites de taille modeste et de dimension infra-départementale et poussé, dans une logique de compensation, de cette absence de mobilité, à la multiplication de liens croisés entre organismes, sur des périmètres généralement différents, ce qui conduit à une imbrication d'activités parfois devenue illisible.

Le mouvement des années récentes apparaît ainsi encore largement inabouti. Sur le plan territorial, il fait demeurer de nombreux sites et une proportion importante d'organismes dépourvus de la taille critique minimale pour assurer qualité et efficience de service. Sur le plan fonctionnel, les dépendances réciproques provoquées par des mutualisations pensées dans une logique souvent défensive peuvent devenir autant d'obstacles à de nouveaux regroupements du fait de leur absence de cohérence.

Les disparités de taille et de performance des organismes locaux restent pourtant considérables. Les objectifs fixés au régime général en termes de restitutions d'emplois et d'économies de gestion imposent aujourd'hui à chaque branche de définir de nouveaux modèles organisationnels. Les organismes nationaux du régime général devraient tirer toutes les potentialités des réorganisations déjà effectuées, engager un mouvement vigoureux de réduction des écarts de productivité et de coûts entre organismes et anticiper la concentration sur certains sites du traitement des activités de production majeures que permet leur dématérialisation de plus en plus poussée. Ils devraient aussi, chaque fois que possible, mettre en œuvre des mutualisations entre branches du régime général, voire entre régimes de sécurité sociale, dont les caisses sont le plus souvent implantées dans les mêmes agglomérations.

Sans attendre la prochaine génération des conventions d'objectifs et de gestion à l'horizon 2018, il importe de dégager activement et sans délai les gains d'efficience importants que doivent procurer des reconfigurations d'implantation indispensables et des intégrations fonctionnelles beaucoup plus poussées et cohérentes. Il y faut une impulsion déterminée des administrations de tutelle qui doivent fixer des objectifs contraignants aux caisses nationales, à qui il appartient de mettre en œuvre un pilotage beaucoup plus ferme de leur réseau.

Mais au-delà, de nouvelles étapes de regroupement sont impérativement à préparer dans le cadre d'une stratégie d'ensemble de modernisation en profondeur de la gestion non seulement du régime général, mais aussi des autres régimes de sécurité sociale, en tirant en particulier tout le parti des opportunités que procure l'évolution des métiers. L'importance des investissements informatiques doit avoir un retour beaucoup plus important en termes de diminution du nombre des organismes et de leurs implantations et de dégagement de gains de productivité et de performance à même de diminuer les coûts de gestion et de permettre une décrue des effectifs sans compromettre le service rendu, mais en le rendant au contraire plus agile et plus efficace.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

49. définir par branche et activité, pour la prochaine génération de COG, un schéma cible d'organisation géographique et fonctionnelle différenciant les ressorts territoriaux et les périmètres d'activité des organismes de base, en prenant notamment en compte les possibilités de gestion dématérialisée de la production ;

50. fixer des objectifs contraignants aux caisses nationales pour réduire vigoureusement les écarts de taille et de coût entre organismes en définissant une dimension critique minimale pour le maintien de sites en

activité et la pérennisation d'organismes distincts et en alignant les moins performants sur les meilleurs ;

51. recentrer les mutualisations sur les processus de production et les fonctions support à enjeux significatifs de productivité, en attribuant notamment aux caisses concernées des blocs de compétence cohérents ;

52. renégocier l'accord relatif aux garanties conventionnelles apportées dans le cadre de l'évolution des réseaux afin de favoriser une plus grande mobilité géographique et fonctionnelle des agents ;

53. mettre en œuvre la convention cadre de performance de l'article L. 114-23 du code de la sécurité sociale pour développer les mutualisations interbranches et inter-régimes.

Chapitre XIV

La qualité des comptes des établissements publics de santé : une exigence à confirmer pleinement

PRÉSENTATION

Les établissements publics de santé sont soumis à l'obligation de régularité, de sincérité et d'image fidèle de leurs états financiers fixée par l'article 47-2 de la Constitution⁶⁰⁵ pour l'ensemble des administrations publiques.

L'article 17 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a ainsi notamment instauré une obligation de certification par un auditeur externe indépendant des comptes des hôpitaux dès lors qu'ils dépassent un seuil de recettes défini par décret. Les établissements publics de santé (EPS) rejoignent ainsi d'autres institutions déjà soumises à une obligation de certification et notamment dans le champ des administrations publiques de sécurité sociale (ASSO), les régimes et organismes nationaux de sécurité sociale⁶⁰⁶ et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), les cliniques privées étant pour leur part soumises à certification de leurs comptes par le code de commerce⁶⁰⁷.

La certification obligatoire des comptes des hôpitaux publics, dont le champ a été circonscrit à 158 établissements représentant 51 Md€ de charges au total, a porté au titre de l'exercice 2014 - premier exercice comptable concerné selon les dispositions de la loi du 21 juillet 2009 - sur une première vague de 31 établissements.

L'exigence de qualité comptable ne vaut cependant pas pour les seuls établissements dont les comptes doivent être certifiés. Elle s'impose à l'ensemble des hôpitaux publics, soumis ou non à certification, soit près de 900 établissements représentant un enjeu financier de 75 Md€ en 2013,

605. « Les comptes des administrations publiques sont réguliers et sincères. Ils donnent une image fidèle du résultat de leur gestion, de leur patrimoine et de leur situation financière ».

606. Pour le régime général, depuis l'exercice 2006 en application de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005. Pour les autres régimes, depuis l'exercice 2008 en application de la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

607. Cour des comptes, *La qualité des comptes des administrations publiques, exercice 2013*, p. 48-52, octobre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

dont la Cour et les chambres régionales des comptes avaient pu relever précédemment la très insuffisante fiabilité des comptes⁶⁰⁸.

Les ministères de la santé et des finances ont mis ainsi à profit le délai laissé par la loi pour appliquer l'obligation de certification pour conduire un important travail préparatoire destiné à améliorer la qualité des comptes des différents établissements publics de santé.

Les juridictions financières se sont attachées à apprécier ce processus de fiabilisation des comptes des hôpitaux, à examiner la manière dont les établissements concernés s'étaient préparés à la certification et à mesurer leur impact sur la qualité des comptes hospitaliers, en s'appuyant notamment sur les contrôles de 28 établissements⁶⁰⁹ effectués par 14 chambres régionales des comptes⁶¹⁰.

Ces travaux confirment l'importance des enjeux de la fiabilisation des comptes hospitaliers (I). Ils mettent en lumière la mobilisation significative sur ce projet des administrations et des gestionnaires hospitaliers (II). Ils font aussi ressortir certaines difficultés qui devraient être mieux prises en considération, notamment dans le cadre des prochaines campagnes de certification (III).

608. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2007*, chapitre X : la fiabilité des comptes des hôpitaux, p. 93-117, septembre 2007, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

609. Ces établissements représentent près de 4 Md€ de produits de fonctionnement. Les comptes de 23 d'entre eux sont obligatoirement soumis à certification, dont sept dès l'exercice comptable 2014. À titre principal, les contrôles se sont déroulés au cours du second semestre 2014, postérieurement à la clôture des comptes 2013 et en amont de celle des comptes 2014. À l'exception de quelques établissements, la plupart des contrôles sont intervenus en amont du choix et *a fortiori* de l'intervention des commissaires aux comptes.

610 . Alsace, Aquitaine-Poitou-Charente, Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Limousin, Champagne-Ardenne-Lorraine, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais-Picardie, Basse-Normandie-Haute-Normandie, Pays-de-la-Loire, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Guadeloupe-Guyane-Martinique.

I - De forts enjeux

A - Un objectif de qualité comptable majeur pour tous les établissements

La fiabilisation des comptes des établissements publics de santé, sanctionnée pour une partie de ces derniers par l'intervention d'un auditeur externe indépendant, représente un enjeu essentiel tant pour les gestionnaires hospitaliers que pour leurs tutelles nationales.

1 - L'étendue des anomalies comptables détectées par les juridictions financières

La Cour et les chambres régionales des comptes ont constaté à plusieurs reprises la qualité très insuffisante des comptes des établissements hospitaliers. Leurs observations en 2007 avaient notamment visé les pratiques de reports de charge d'un exercice à l'autre, des admissions en non-valeur de créances non constatées en pertes et la sous-évaluation des dotations aux provisions et aux amortissements. Avaient été soulignées en outre les incertitudes entourant la valorisation des actifs immobiliers et mobiliers des hôpitaux, liées en particulier à l'absence de concordance systématique entre inventaire comptable et physique⁶¹¹.

Si des efforts ont depuis lors été entrepris pour limiter, voire résorber des situations de cette nature, d'autres travaux plus récents ont souligné la qualité toujours perfectible des comptes hospitaliers⁶¹².

611. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2007*, chapitre X : la fiabilité des comptes des hôpitaux, septembre 2007, la Documentation française, p. 93, disponible sur www.ccomptes.fr.

612. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre XI : la situation financière des hôpitaux, p. 261-292, septembre 2010, la Documentation française, *Rapport public annuel 2012 : le patrimoine immobilier des hôpitaux non affecté aux soins*, février 2012, la Documentation française, p. 944 ; *Communication à la commission des finances du Sénat : la gestion du patrimoine immobilier des CHU affecté aux soins* », octobre 2013 ; *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre XIV : les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire, p.405-446, septembre 2014, la Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

Ces nombreuses anomalies affectent le niveau des résultats comptables des établissements hospitaliers. En 2010⁶¹³, le retraitement par les juridictions financières des résultats d'un échantillon de 33 établissements montrait qu'un peu plus des deux tiers des établissements en déficit voyaient leur situation aggravée et que plus de la moitié affichant un excédent étaient en réalité en déficit.

L'agrégation annuelle effectuée par le ministère de la santé en vue de commenter l'évolution de la situation financière des hôpitaux se trouve ainsi sensiblement faussée, du fait et à hauteur des anomalies qui affectent les comptes des établissements.

2 - Les bénéfices attendus de la fiabilisation des comptes hospitaliers

La qualité comptable représente un enjeu essentiel pour permettre aux responsables des établissements - conseil de surveillance, directeur et directoire - et à leurs autorités de tutelle de disposer d'une image fidèle de la situation financière et patrimoniale de l'établissement dont ils ont la responsabilité de la direction ou de la surveillance.

Préconisée par la commission Larcher⁶¹⁴ en 2008 à la suite expressément des constats des juridictions financières sur la mauvaise qualité des comptes hospitaliers publiés en 2007, la certification des comptes des hôpitaux publics les plus importants visait à constituer un levier de mobilisation pour remédier aux défaillances relevées par une responsabilisation accrue des gestionnaires. Au-delà de la seule amélioration de la qualité comptable, il s'agissait aussi de renforcer l'efficacité des établissements, notamment par l'élaboration d'une cartographie des risques et le développement du contrôle interne, dispositifs étrangers à la culture hospitalière.

De fait, l'objectif de qualité comptable et plus particulièrement l'obligation de certification, imposent de revoir le pilotage médico-économique des établissements, en incitant à réexaminer et, le cas échéant, à adapter leurs processus de gestion et leurs organisations.

613. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre XI : la situation financière des hôpitaux, p. 261-292, septembre 2010, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

614. *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, présidée par M. Gérard Larcher, 2008.

Au plan national, la transparence et la fiabilité des comptes hospitaliers sont des éléments fondamentaux pour affiner, dans le contexte d'un « ONDAM hospitalier » de plus en plus contraint, la maîtrise d'une dépense représentant 13 % de celle des administrations sociales au sein de la comptabilité nationale (ASSO), les établissements publics de santé concentrant à eux seuls 85 % des dépenses du sous-ensemble des organismes dépendant des assurances sociales (ODASS)⁶¹⁵.

La certification des comptes hospitaliers les plus importants facilite à cet égard la comparaison des situations financières respectives des établissements publics et des établissements privés, qui sont pour la plupart soumis à l'obligation de certification de leurs comptes⁶¹⁶. Le champ de la certification des hôpitaux publics est cependant plus limité que pour les établissements privés.

L'obligation de certification renforce aussi la qualité comptable des agrégats notifiés à la Commission européenne.

B - Une obligation de certification au périmètre circonscrit

1 - Un déploiement sélectif et progressif

La loi Hôpital, patients santé et territoires du 21 juillet 2009 a soumis les hôpitaux publics définis par décret à une obligation de certification de leurs états financiers applicable à partir de l'exercice comptable 2014.

Ses textes d'application ont limité l'obligation de certification par un commissaire aux comptes aux établissements comptabilisant plus de

615. Évalués respectivement à 563,6 Md€ (ASSO) et à 88,2 Md€ (ODASS). Cour des comptes, *La qualité des comptes des administrations publiques, exercice 2013*, octobre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

616. La certification revêt un caractère obligatoire pour les sociétés anonymes, les sociétés en commandite par actions, les sociétés par actions simplifiées qui contrôlent ou sont contrôlées par une ou plusieurs sociétés et, lorsque deux des trois seuils suivants sont dépassés à la clôture de l'exercice (1 M€ de bilan, 2 M€ de chiffre d'affaires hors taxes et 20 salariés), pour les autres sociétés commerciales. Les associations qui ont une activité économique sont également assujetties à une obligation de certification de leurs comptes, lorsque deux des trois seuils précités sont dépassés ou qu'elles bénéficient de subventions publiques ou de dons d'un montant global supérieur à 153 000 €.

100 M€ de produits à leur compte de résultat principal⁶¹⁷, soit au total 158 hôpitaux sur près de 900. Au-delà de 1,2 Md€, la loi prévoit que les comptes sont susceptibles d'être certifiés soit par la Cour, soit par un commissaire aux comptes.

L'obligation de certification concerne les structures dotées de la personnalité morale et du statut d'établissement de santé⁶¹⁸, ce qui exclut de son champ les communautés hospitalières de territoires, ainsi que les groupements de coopération sanitaire de moyens. Il en ira de même des futurs groupements hospitaliers de territoire à adhésion obligatoire, dont la création est prévue par le projet de loi sur la santé et qui ne sont pas dotés de la personnalité morale.

Le calendrier de la certification a par ailleurs été aménagé, le dispositif réglementaire en vigueur prévoyant une certification des comptes des hôpitaux en trois « vagues » successives, la première intervenant en 2015 sur les comptes 2014 et la dernière en 2017 sur les comptes 2016⁶¹⁹.

2 - Une première « vague » composée d'établissements volontaires

Choisis parmi les établissements volontaires les plus avancés dans la préparation de la certification, 31 établissements ont vu leurs comptes 2014 soumis à obligation de certification en 2015. Les établissements de cette première « vague », parmi lesquels quatre centres hospitaliers universitaires (CHU de Montpellier, de Limoges, d'Angers et de Poitiers), représentent 16 % des produits des établissements soumis à certification. Ils sont répartis dans 18 régions métropolitaines, avec une forte représentation de l'Île-de-France, du Nord-Pas-de-Calais et de la Picardie.

617. Décret du 23 décembre 2013. Ce seuil doit être constaté lors de l'approbation du compte financier pendant trois exercices consécutifs. Si les activités portées par les budgets annexes ne sont pas prises en considération dans l'appréciation de ces seuils, les données comptables qui s'y rapportent entrent dans le champ de la certification, l'auditeur externe se prononçant sur le compte de résultat « toutes activités confondues » (cf. arrêté du 15 décembre 2014 relatif au compte financier des établissements publics de santé).

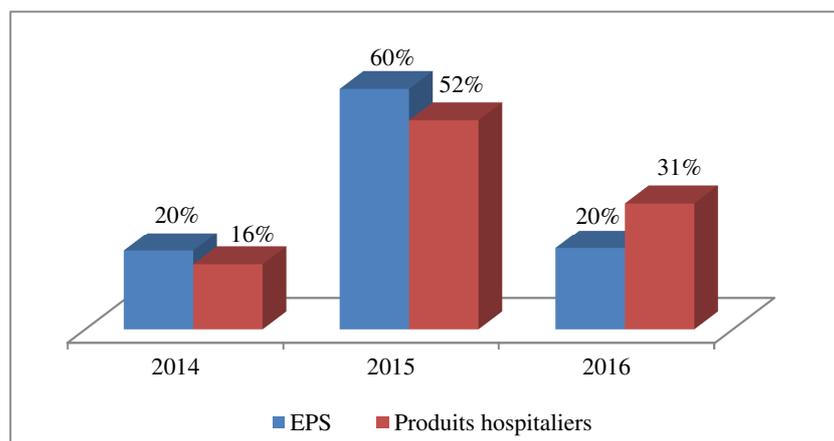
618. Les GCS titulaires d'autorisations d'activité, qui constituent des établissements de santé, entrent dans le champ de la certification sous réserve que leurs produits soient supérieurs à 100 M€.

619. Décret du 23 décembre 2013 définissant les établissements publics de santé soumis à la certification des comptes.

La deuxième « vague » de certification, qui porte sur 95 établissements dont les comptes 2015 seront certifiés en 2016, concentre plus de la moitié des enjeux financiers (52 %) et regroupe la plupart des CHU (17).

Il reste une trentaine d'établissements (31 % des produits hospitaliers concernés par la certification) dont les comptes 2016 seront soumis à certification en 2017. Le poids de cette dernière « vague » est imputable à la présence des trois CHU les plus importants (Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Hospices civils de Lyon et Assistance publique-Hôpitaux de Marseille), qui concentrent à eux seuls 20 % des produits entrant dans le champ de la certification des comptes hospitaliers.

Graphique n° 35 : distribution des EPS soumis à certification (en nombre et en produits) en fonction du premier exercice soumis à certification



Source : Cour des comptes à partir des données 2013 fournies par l'ATIH.

Si les résultats de la première « vague » de certification sont globalement favorables, le recours au volontariat pour constituer la liste des premiers établissements soumis à certification conduit à inclure dans les « vagues » suivantes des établissements moins bien positionnés au regard des exigences de fond et de calendrier de la certification.

Les résultats de la première vague de certification des comptes des hôpitaux publics

Sur les 31 établissements publics de santé dont les comptes 2014 devaient être certifiés par un commissaire aux comptes, 15 ont été certifiés sans réserve (dont les CHU de Limoges, Besançon et Angers et le CHRU de Metz-Thionville). Deux (les centres hospitaliers du Cotentin et de Saint-Maurice) ont fait l'objet d'un refus de certification. Les comptes des 14 autres établissements ont été certifiés avec une, deux⁶²⁰ ou trois réserves⁶²¹.

Les réserves émises portent à titre principal sur l'absence d'achèvement des travaux d'inventaire physique (sept occurrences), ainsi que sur le déploiement du contrôle interne sur le cycle des recettes (six occurrences), notamment celles issues de la tarification à l'activité : outre les problèmes de traçabilité du contrôle interne sur les interfaces entre les logiciels métiers (saisie des informations médico-économiques) et les logiciels de facturation, les réserves évoquent les difficultés d'accès aux dossiers des patients et donc la vérification des actes médicaux facturés.

Les autres réserves visent les insuffisances du contrôle interne associé à certains processus (recouvrement des créances clients, comptabilisation des produits constatés d'avance pour les conventions de recherche), ainsi que le contrôle et la comptabilisation des stocks de pharmacie.

Le refus de certification des comptes du centre hospitalier public du Cotentin (Cherbourg) est motivé par un défaut d'assurance sur le montant des immobilisations corporelles, compte tenu de l'absence de réalisation d'un inventaire physique auquel la comptabilité aurait été rapprochée et par des défaillances des dispositifs de contrôle interne applicables à leurs recettes d'activité qui ne permettent pas d'en garantir l'exhaustivité et à la comptabilisation du temps travaillé, qui induisent une incertitude sur l'évaluation des provisions au titre du compte épargne-temps et des charges à payer pour heures supplémentaires.

Celui des Hôpitaux de Saint-Maurice est lui aussi pour partie lié à un défaut d'assurance sur le montant des immobilisations corporelles, compte tenu de l'absence d'inventaire physique. En outre, l'insuffisance des procédures de contrôle interne applicables au recouvrement des créances liées à l'activité de soins a une incidence identique sur l'appréciation du niveau de leur dépréciation.

620 .CHU de Montpellier, centre hospitalier de Gonesse, centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain et centres hospitaliers de Verdun et de Boulogne-sur-Mer.

621. CHU de Poitiers et centre hospitalier de Saint-Quentin.

Si les systèmes d'information ne font pas en tant que tels l'objet de réserves, la direction générale de l'offre de soins indique que la première année de certification des comptes a principalement été consacrée à l'examen du bilan d'ouverture et à l'audit du contrôle interne et que les systèmes d'information hospitaliers, dont la gouvernance et la politique de sécurité ont été examinées, ne devraient faire l'objet d'un audit approfondi qu'au cours du second exercice de certification.

3 - Un périmètre limité aux établissements importants

D'après le ministère de la santé, cette application sélective de l'obligation de certification des comptes procède d'une démarche de maîtrise des risques visant à soumettre à un auditeur externe les comptes des établissements qui concentrent 60 % des déficits hospitaliers et qui sont en mesure de répondre aux exigences de production d'éléments probants inhérentes à la certification.

Le seuil retenu laisse cependant en dehors du champ de la certification plus de 80 % des hôpitaux (734 sur 892 établissements) et près de 31 % des produits hospitaliers (24 Md€). Au contraire, la très grande majorité des établissements de santé privés, qu'ils soient à but non lucratif comme commerciaux, ont l'obligation de faire certifier leurs comptes (voir *supra*).

La place dans la dépense hospitalière des établissements dont les états financiers ne sont pas soumis à certification peut soulever la question d'une extension progressive de cette dernière. Le ministère de la santé a ainsi évoqué fin 2014 un abaissement du seuil de certification autour de 70 M€ de produits au compte de résultat principal pour les seuls établissements volontaires, qui permettrait la certification des comptes de 73 établissements supplémentaires, représentant 9 % des produits hospitaliers, si tous les établissements concernés se saisissaient de cette possibilité. À titre indicatif, un seuil fixé à 50 M€ conduirait à doubler le nombre d'établissements aux comptes soumis à certification (305) et à étendre le champ de cette dernière à 83 % des produits totaux des hôpitaux⁶²². Comme l'a souligné la Cour dans son dernier rapport sur la qualité des comptes des administrations publiques⁶²³, il convient

622. Comptes de résultats principaux des établissements publics de santé, données 2013, Cour des comptes, à partir des données fournies par l'ATIH.

623. Cour des comptes, *La qualité des comptes des administrations publiques, exercice 2013*, octobre 2014, p. 29, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

cependant d'être attentif au bilan coût/bénéfice de la certification, en tenant compte de la diversité des organismes concernés et des enjeux financiers qu'ils recouvrent. Les retours d'expérience sur les trois premières vagues de certification permettront de mieux apprécier l'intérêt d'une éventuelle extension du champ de cette obligation.

II - Un effort significatif d'accompagnement

A - La mobilisation des tutelles nationales et régionales

1 - Un projet effectivement porté par les administrations centrales

Dès fin 2009, les administrations centrales des ministères de la santé et des finances ont engagé conjointement des travaux préparatoires à la certification des comptes des hôpitaux.

a) Une adaptation progressive du référentiel comptable

Les travaux conduits ont débouché en décembre 2014 sur la publication d'une version actualisée du référentiel comptable⁶²⁴, ce qui apparaît tardif au regard des échéances fixées par le calendrier de certification des hôpitaux. Le conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP) a été consulté à neuf reprises sur des sujets d'adaptation des normes comptables, en lien avec la qualité comptable et la certification des comptes hospitaliers. Il s'est notamment prononcé sur les corrections d'erreurs commises au cours d'exercices antérieurs, qui doivent être comptabilisées directement en situation nette, par imputation sur le report à nouveau, au 1^{er} janvier de l'exercice, sans incidence sur le résultat⁶²⁵.

Dans l'attente, les établissements ont dû toutefois engager les travaux de fiabilisation de leurs comptes sur la base de fiches techniques dépourvues de valeur normative, mises en ligne de novembre 2011 à

624. Arrêtés du 19 décembre 2014 relatifs à l'instruction budgétaire et comptable des EPS M21, précédés d'une publication partielle (arrêté du 16 juin 2014).

625. Avis n° 2012-05 du 18 octobre 2012 relatif aux changements de méthodes comptables, changements d'estimations comptables et corrections d'erreurs.

février 2015⁶²⁶. Cette diffusion progressive a été source d'incertitudes pour les hôpitaux, qui ont pu différer de ce fait certains travaux de fiabilisation.

Certaines interrogations subsistent, sur le provisionnement des emprunts structurés (cf. *infra*) ou sur des sujets tels que les conventions de recherche ou les baux emphytéotiques, traités au cas par cas dans une « foire aux questions » sur internet. Cette modalité, aussi pratique soit elle, ne saurait dispenser les administrations d'apporter les précisions réglementaires nécessaires pour assurer la stabilité juridique des traitements comptables.

Demeure également la problématique de l'absence de neutralisation dans le compte de résultat « toutes activités confondues », soumis à certification, des flux internes entre les activités principales et annexes, ce qui conduit à majorer les montants de produits et de charges (sans incidence sur le résultat). Cette présentation, contraire au principe d'élimination des comptes réciproques et des résultats internes qui s'applique notamment aux comptes consolidés, a été critiquée par le CNoCP, qui a rappelé en 2012 que cette absence de neutralisation pouvait « altérer l'image fidèle des comptes de l'établissement public de santé dès lors que les flux internes entre les comptes de résultat des différentes activités sont significatifs »⁶²⁷.

626. Fiches thématiques, traitant notamment des « dépréciations et non valeurs », de l'« ajustement inventaire actif » et de la « suppression de l'amortissement progressif ». La dernière, publiée en février 2015, portait sur la « comptabilisation et valorisation des produits liés aux séjours à cheval sur deux exercices comptables ».

627. Réponse à une demande d'avis préalable sur le projet d'arrêté relatif au compte financier des établissements publics de santé (25 octobre 2012).

b) La mise en place d'un dispositif d'accompagnement des établissements

En octobre 2011, la direction générale de l'offre de soins et la direction générale des finances publiques ont pris appui sur l'obligation légale de certification pour lancer un projet plus large de fiabilisation des comptes de l'ensemble des établissements⁶²⁸, soutenu par le déploiement en 2012⁶²⁹ d'un dispositif national d'accompagnement :

- un soutien méthodologique a été assuré aux établissements, à travers la diffusion d'un guide de fiabilisation des comptes des hôpitaux en 2011, d'une cartographie des principaux cycles de dépenses et recettes et d'une échelle de maturité des risques en 2012, d'un guide sur l'auditabilité des systèmes d'information⁶³⁰ en 2013 et d'un dossier de consultation pour le choix du commissaire aux comptes en 2014. Les chambres régionales des comptes ont constaté que ces outils et notamment le premier guide de 2011, ont été largement utilisés par les établissements contrôlés⁶³¹ ;
- des formations spécifiques ont été assurées conjointement par l'école des hautes études en santé publique et l'école nationale des finances publiques, suivies localement par 623 établissements (90 % de la cible visée) et 1 183 stagiaires pour les premières sessions ;
- un appui financier a été mis en place, avec des crédits fléchés pour la documentation, la fiabilisation et la mise à niveau des systèmes d'information en 2013 et en 2014 (15 M€ au total).

628. Circulaire du 10 octobre 2011 relative au lancement du projet de fiabilisation des comptes de l'ensemble des établissements publics de santé.

629. Circulaire du 20 août 2012 relative à l'accompagnement du projet de fiabilisation des comptes de l'ensemble des établissements publics de santé et aux objectifs fixés aux établissements publics de santé pour l'année 2012.

630. L'auditabilité des systèmes d'information fait référence à la traçabilité des opérations et des contrôles réalisés et à la documentation produite à leur appui. Quand les contrôles ne peuvent être documentés de manière probante auprès de l'auditeur externe, ils sont présumés ne pas exister.

631. Dont les CHU d'Angers et de Tours et les centres hospitaliers de Verdun, de Beauvais, de Lens, de Belfort-Montbéliard, de Montauban et de Toulon-la Seyne-sur-Mer.

2 - Une déclinaison inégale au niveau régional

En région, le dispositif est relayé auprès des établissements par les agences régionales de santé (ARS) et les directions régionales des finances publiques (DRFiP) conjointement mobilisées dans la moitié des régions. Ce co-pilotage apparaît inégalement dynamique (fort dans des régions telles que la Picardie, l'Île-de-France, la Champagne-Ardenne, la Bretagne et les Pays-de-la-Loire, moindre en Haute-Normandie). Les démarches régionales les plus construites se caractérisent par la précocité de l'implication des ARS, la mise en œuvre de dispositifs d'accompagnement spécifiques comportant notamment des actions de formation et celle d'un dispositif de suivi des établissements.

La perspective de la première « vague » de certification a pu constituer un élément moteur dans la mobilisation de certaines ARS, notamment dans les régions Bretagne, Pays-de-la-Loire ou Picardie, d'autres agences apparaissant plus en retrait en dépit de la présence dans leur ressort d'un nombre significatif d'établissements soumis à certification.

Certaines ARS ont favorisé la mutualisation des pratiques et outils élaborés par les établissements, à l'instar de celle des Pays-de-la-Loire, ou de celle d'Île-de-France, fortement mobilisée depuis la mi-2013.

Au-delà de l'accompagnement des établissements, différentes agences régionales ont intégré la fiabilisation des comptes dans leur dialogue de gestion avec les établissements, voire dans l'évaluation des directeurs d'hôpitaux comme en Pays-de-Loire.

Deux cas distincts d'implication des ARS

L'ARS Nord-Pas-de-Calais⁶³² participe à l'animation du projet de certification des comptes, en organisant notamment des retours d'expérience ou en soutenant financièrement les établissements. Elle reconnaît néanmoins la prééminence de la DRFiP sur ce projet, ses ressources étant mobilisées sur d'autres projets (situation de la trésorerie des établissements, surveillance des investissements).

632. La certification concerne deux établissements dès l'exercice 2014, cinq pour l'exercice 2015 et six pour l'exercice 2016, pour un montant total de 3,1 Md€ de produits.

L'ARS Île-de-France⁶³³ finance pour sa part deux structures de coopération hospitalière pour accompagner les établissements dans la fiabilisation de leurs comptes :

- le réseau des acheteurs hospitaliers d'Île-de-France, groupement d'intérêt public qui a conclu un accord cadre pour des prestations d'accompagnement (formation, prestations de service...) représentant une enveloppe de 800 000 € sur laquelle les établissements ont un droit de tirage ;

- un groupement de coopération sanitaire hospitalier, qui effectue des audits des systèmes d'information (seize audits réalisés dans ce cadre).

3 - Un effort plus important à consentir en direction de certains hôpitaux

a) La nécessité d'une forte implication des directions hospitalières

La fiabilisation des comptes et la préparation à la certification ont pu être affectées par la difficulté, pour certains directeurs d'établissement, à consacrer des ressources suffisantes à la réalisation de ce projet (ainsi du groupe hospitalier de la région de Mulhouse et Sud Alsace), par rapport à celles devant être consacrées à l'amélioration des systèmes d'information (cas du centre hospitalier du pays d'Aix, dans un contexte consécutif à une fusion).

Alors que l'amélioration de la qualité comptable nécessite une implication forte de l'ensemble des acteurs hospitaliers, la dimension managériale du projet tend parfois à être insuffisamment affirmée par rapport aux travaux techniques sur les comptes.

Dans certains cas, les dispositifs de pilotage mis en œuvre relèvent des directeurs des affaires financières, sans implication directe du chef d'établissement. *A contrario*, d'autres exemples, tels celui de l'établissement public de santé mentale (EPSM) de Lille Métropole à Armentières, attestent du caractère fédérateur que peuvent avoir sur les équipes la fiabilisation, puis la préparation de la certification des comptes, dès lors que ce projet est anticipé et fortement soutenu par la direction de l'hôpital en liaison étroite avec l'agent comptable, bénéficie d'un pilotage structuré et s'appuie sur des modalités de suivi formalisées de son avancement.

633. La certification concerne trois établissements dès l'exercice 2014, 16 pour l'exercice 2015 et cinq (dont l'AP-HP) pour l'exercice 2016, pour un montant total de 10,8 Md€ de produits.

La démarche de certification de l'établissement public de santé mentale de Lille Métropole à Armentières

L'établissement s'est préparé à la certification de ses comptes en trois phases : préparation de la méthodologie (2011), déploiement du plan d'actions (2012) et audit volontaire des comptes de l'exercice 2012 (2013).

Des groupes de travail ont été constitués afin d'établir un diagnostic des pratiques en place et d'identifier les actions à mettre en œuvre sur chacun de ces champs. Un comité de pilotage, constitué des chefs de projet, a été institué afin de coordonner l'ensemble des travaux.

L'hôpital a sensibilisé et mobilisé ses équipes pour préparer la clôture des comptes 2013 qui préfigure la certification. Les auditeurs ont relevé la qualité de ce processus de préparation. Les audits à blanc, conduits en 2013, ont permis d'identifier les dernières actions à mettre en œuvre dans les domaines de la tenue des immobilisations, des provisions liées aux dépenses de personnel et du processus relatif aux achats.

Les comptes 2014 de l'établissement ont été certifiés sans réserve.

b) Une action pédagogique à renforcer auprès des établissements non soumis à certification

Alors qu'il visait à l'origine indistinctement l'ensemble des établissements, le dispositif d'accompagnement déployé par les administrations des finances et de la santé s'est de fait plus particulièrement orienté vers ceux dont les comptes sont soumis à certification.

Destinée à assurer la fiabilité des états financiers et à renforcer le contrôle interne des établissements, l'offre de services de la DGFIP a ainsi été lancée en 2012 en direction des hôpitaux représentant des enjeux financiers importants⁶³⁴. Sauf exception⁶³⁵, la centaine d'établissements qui en ont bénéficié entrent dans le champ de l'obligation de certification⁶³⁶.

634. L'offre de service a été proposée aux CHU, qui concentrent 40 % environ des enjeux financiers hospitaliers (données 2013, ATIH), puis aux centres hospitaliers parmi les plus importants.

635. À l'exception des centres hospitaliers de Montargis, d'Abbeville et d'Épinal.

636. Un tiers des établissements publics de santé dont les comptes 2014 et 2015 sont soumis à certification n'ont cependant pas donné suite à la proposition de la DGFIP.

Adaptés à leurs ressources et à leur niveau d'expertise, les outils pratiques élaborés par les établissements de santé de grande taille avec le concours de la DGFIP (notamment les référentiels de contrôle interne) peuvent être perçus comme trop complexes par les établissements de plus petite dimension.

De même, les ARS concentrent l'accompagnement financier de la fiabilisation des comptes (actions de formation et prestations de service pour les systèmes d'information notamment) sur les établissements dont les comptes sont soumis à certification⁶³⁷.

Afin d'amplifier la démarche de fiabilisation, il conviendrait d'adapter les outils aux enjeux et aux moyens des établissements dont les comptes ne sont pas soumis à certification et de réorienter progressivement vers ces derniers les dispositifs régionaux d'accompagnement afin de les mobiliser également sur l'objectif d'amélioration de la qualité de leurs comptes.

B - L'apport des auditeurs externes à l'amélioration de la qualité comptable

La certification est une opinion écrite et motivée que formule, sous sa propre responsabilité, un auditeur externe sur les comptes d'une entité. Elle consiste à collecter les éléments nécessaires à l'obtention d'une assurance raisonnable sur la conformité des états financiers, dans tous leurs aspects significatifs, à un ensemble de règles et de principes.

Les établissements soumis à certification ont dû ainsi désigner des commissaires aux comptes pour assurer la mission légale de certification de leurs comptes, le mandat ainsi accordé couvrant une période de six ans.

Par ailleurs, les hôpitaux ont fréquemment recours à des auditeurs externes afin de se préparer à l'échéance de la certification, en améliorant leurs processus de gestion et en fiabilisant le bilan d'ouverture du premier exercice soumis à certification.

Les établissements étant initialement peu au fait des procédures de certification comptable et les commissaires aux comptes étant eux-mêmes

⁶³⁷. Les réponses apportées aux questionnaires adressés par la Cour (18 ARS répondantes pour 2013 et 9 ARS répondantes pour 2014) font ressortir un pourcentage d'établissements soumis à certification parmi les établissements bénéficiaires de soutiens à la fiabilisation de 88 % en 2013 (pour un montant alloué de 6,2 M€ dans les régions concernées) et de 100 % en 2014 (pour un montant de 2 M€).

peu familiers de l'hôpital public, les administrations des finances et de la santé sont intervenues pour organiser les relations contractuelles entre certifiés et certificateurs.

1 - Une relative concentration des mandats de commissaire aux comptes

a) Une présence majoritaire de cabinets de dimension nationale

En dépit d'un effort d'ouverture, destiné à modérer le coût des prestations d'audit comptable et à garantir un nombre d'intervenants suffisant pour couvrir tous les hôpitaux soumis à certification, le marché de la certification des comptes des établissements publics de santé est assez fortement concentré.

La sélection des commissaires aux comptes

Le commissaire aux comptes est nommé par le conseil de surveillance de l'établissement, sur proposition du directeur au terme d'une procédure de mise en concurrence conduite dans les conditions prévues au code des marchés publics. Certains établissements ont conduit directement cette procédure. D'autres, membres du groupement d'achats publics UniHA, qui regroupe 58 établissements, dont la totalité des CHU, se sont appuyés sur les marchés conclus par ce groupement à l'issue de plusieurs appels d'offres pour contractualiser dans le cadre de marchés subséquents, tout en étant réputés avoir satisfait aux obligations de publicité et de mise en concurrence.

Pour la certification des comptes 2014, 13 établissements sur les 31 concernés ont choisi leur commissaire aux comptes dans le cadre du groupement UniHA.

Dans ses consultations, UniHA s'est efforcé d'élargir l'appel à la concurrence en définissant des lots de taille variée permettant à des cabinets de commissariat aux comptes de taille modeste de se porter candidats⁶³⁸. Pour le dernier marché passé en février 2015, 10 cabinets sont ainsi référencés, contre cinq auparavant. En leur sein, les cabinets de dimension nationale conservent en tout état de cause une place prépondérante.

638. Scission des marchés en plusieurs lots (un lot national pour les CHU, des lots régionaux dans le premier appel d'offre pour les centres hospitaliers, puis deux lots nationaux distincts, l'un pour les CHU et l'autre pour les centres hospitaliers pour le second appel d'offres et enfin un lot unique pour le dernier).

Les marchés passés par les 31 premiers établissements dont les comptes 2014 ont été soumis à certification sont répartis entre huit cabinets⁶³⁹, dont les trois premiers certifient les comptes des deux tiers des établissements.

Au dernier trimestre 2014, le groupement UniHA constatait que certaines équipes devant participer à la certification d'établissements de la deuxième « vague » semblaient encore en cours de recrutement, ce qui corrobore le risque d'un manque de profils suffisamment expérimentés dans le secteur public hospitalier pour couvrir les 95 mandats à attribuer au titre de la certification des comptes 2015⁶⁴⁰.

b) Une fourchette de coûts assez resserrée

Les marchés de certification portés à la connaissance des chambres régionales des comptes comportent pour les établissements de la première « vague » un coût annuel compris entre un peu moins de 70 000 € (TTC) et un peu moins de 120 000 € (TTC)⁶⁴¹, qui varie en fonction de la taille de l'établissement : un hôpital important appelle un nombre d'heures élevé, pour un coût horaire souvent inférieur à celui facturé à un établissement de plus petite taille. La direction générale de l'offre de soins souligne l'hétérogénéité des offres, les coûts observés pour les établissements de la première « vague » allant jusqu'à 366 000 € TTC par an pour un CHU.

En prenant pour hypothèse des honoraires d'un montant moyen annuel de 100 000 € par établissement certifié, en excluant les principaux établissements (AP-HP, HCL, AP-HM et les plus gros CHU), le coût des prestations de certification serait ainsi de l'ordre de 15 M€ par an pour la seule mission légale, sans préjudice des diligences directement liées qui pourraient être sollicitées par les établissements.

Aux coûts correspondant aux marchés de certification *stricto sensu* s'ajoutent des dépenses préparatoires, que les chambres régionales des comptes estiment autour de 100 000 € en moyenne, coûts internes et prestations externes compris, par établissement.

639 . Grant Thornton, qui a absorbé le groupe Tuillet en juillet 2014 (11 établissements), Deloitte (5), Exco (5), PWC (4), KPMG (3), Orcom, EY et Mazars (un établissement chacun).

640. UniHA, Bilan Accord-cadre vague 1 « Désignation du commissaire aux comptes pour la certification des comptes », février 2015.

641. Coût annuel de 66 000 € (TTC) pour le centre hospitalier de Saintes et de 116 920 € (TTC) pour le CHU d'Angers.

2 - Un rôle clé assorti d'exigences élevées

Extérieur à l'organisation contrôlée, disposant d'une forte expertise en matière de processus de gestion et de traitements comptables, le certificateur joue un rôle déterminant dans la dynamique d'amélioration de la qualité des comptes.

Le choix du commissaire aux comptes est soumis à une procédure de mise en concurrence effectuée sur la base d'un cahier des charges-type, publié par l'administration en février 2014⁶⁴². Ce cahier des charges renvoie au code de commerce et aux normes d'exercice professionnel applicables à la profession de commissaire aux comptes, homologuées par la voie d'arrêtés du Garde des sceaux.

Ce document reste toutefois peu éclairant pour les hôpitaux et les certificateurs, dans la mesure où il ne décrit pas de manière précise plusieurs éléments clés de l'environnement de la mission légale du commissaire aux comptes : la tarification à l'activité, la chaîne de facturation des séjours hospitaliers à l'assurance maladie ou encore les relations financières des hôpitaux avec cette dernière. Propres à l'hôpital, ils appellent un investissement particulier de la part de l'auditeur externe.

Le haut degré d'exigence qui doit entourer les diligences d'audit des commissaires aux comptes concerne non seulement les cadres déontologique et contractuel dans lesquels celles-ci sont réalisées, mais aussi l'adéquation des diligences d'audit mises en œuvre aux risques susceptibles d'affecter les comptes et la correcte documentation de ces dernières. Conformément aux attributions de cet organisme, il appartiendra au Haut conseil au commissariat aux comptes (H3C) d'apprécier la conformité des diligences effectuées par les commissaires aux comptes des établissements publics de santé aux exigences professionnelles fixées par les normes d'exercice professionnel applicables à cette profession.

642. Arrêté du 21 février 2014 portant cahier des charges relatif à l'attribution du mandat de commissaire aux comptes des établissements publics de santé.

L'indépendance des prestations de conseil par rapport à celles de certification

Les cabinets de commissariat aux comptes retenus par les établissements de la première « vague » de certification des comptes sont également présents sur le marché des prestations de conseil à la préparation de cette dernière (établissement de cartographies des risques, déploiement du contrôle interne, audit des systèmes d'information, examen du bilan d'ouverture). Dans le cas général, ils ont effectué ces prestations pour le compte d'autres établissements que ceux pour lesquels ils ont été par la suite désignés en tant que commissaire aux comptes. En effet, la plupart des établissements de la première « vague » ont désigné en tant qu'auditeur légal d'autres cabinets que ceux qui les avaient accompagnés dans la préparation de la certification.

Une fois désigné en tant qu'auditeur légal d'un établissement, le commissaire aux comptes ne peut rendre à ce dernier aucune prestation de service, à l'exception des diligences directement liées à la mission de commissaire aux comptes prévues par les normes d'exercice professionnel applicables à cette profession⁶⁴³, qui sont susceptibles d'être sollicitées par l'entité dont ils certifient les comptes⁶⁴⁴.

*

* *

La prise de connaissance de la teneur et des résultats des diligences effectuées par les commissaires aux comptes dans le cadre de leur mandat légal concourrait utilement à l'exercice des missions des juridictions financières relatives au contrôle des comptes et de la gestion des établissements et à la certifications des comptes de la branche maladie du régime général de sécurité sociale, principal financeur des établissements publics de santé.

643. Article L. 822-11 du code de commerce.

644. Consultations portant sur le contrôle interne relatif au traitement de l'information comptable et financière, audits contractuels destinés à répondre à des besoins spécifiques d'information financière de tiers, examens limités ayant le même objet, attestations portant sur des informations établies par la direction et ayant un lien avec la comptabilité ou avec des données qui la sous-tendent, procédures convenues de contrôle mises en œuvre sur des sujets déterminés en lien avec les comptes, consultations (demande d'avis) sur des sujets en lien avec les comptes et l'information financière, diligences d'acquisition, diligences de cession et responsabilité sociale et environnementale.

Ainsi, dans une préoccupation de complémentarité des contrôles externes, le contrôle des comptes des établissements hospitaliers pourrait être orienté vers des natures d'opérations non couvertes par les commissaires aux comptes. En outre, les faiblesses relevées par les commissaires aux comptes pourraient permettre aux juridictions financières de mieux orienter leurs investigations.

Pour sa part, la certification des comptes de la branche maladie du régime général de sécurité sociale gagnerait à pouvoir s'appuyer sur les diligences effectuées par les commissaires aux comptes afin d'apprécier la réalité, l'exhaustivité et l'exactitude des prestations en nature facturées directement ou indirectement (par l'intermédiaire d'arrêtés des ARS) à l'assurance maladie et réglées par cette dernière.

III - Une vigilance particulière à exercer sur certains éléments déterminants pour la qualité des comptes hospitaliers

Selon les constats des juridictions financières, les établissements publics de santé, leurs autorités de tutelle et leurs auditeurs externes ont vocation à exercer une vigilance particulière à l'égard des risques inhérents aux activités des établissements hospitaliers, de questions comptables encore irrésolues et des incidences de la fiabilisation des comptes sur les résultats des hôpitaux.

A - Les risques tenant aux processus et à l'organisation interne des hôpitaux

1 - Les fragilités des systèmes d'information

La qualité des comptes hospitaliers dépend de la fiabilité des données concourant à l'élaboration de l'information comptable et financière et de la capacité du système d'information à assurer leur traçabilité en dépit de l'existence d'applications distinctes entre ordonnateurs et comptables.

Alors que l'informatique constitue un élément clé de la qualité des comptes des hôpitaux, la préparation de la certification est entrée, en termes de ressources humaines pouvant lui être consacrées, en concurrence avec d'autres évolutions impactant fortement les systèmes d'information hospitaliers, dont le projet de facturation directe des prestations à l'assurance-maladie (projet FIDES) et le passage au

protocole d'échange standard (dit « PES V2 ») entre les applications informatiques de l'ordinateur et celle de l'agent comptable, nécessaire à la dématérialisation des flux d'information avec la DGFIP⁶⁴⁵. À terme, ces chantiers concourent cependant à sécuriser les processus clé des hôpitaux et, de ce fait, à répondre aux objectifs de la certification des comptes.

En dépit des soutiens, méthodologiques et financiers, apportés par les administrations des finances et de la santé, les systèmes d'information présentent encore des risques importants pour la certification des comptes de nombreux établissements.

a) Une auditabilité limitée

Certains établissements continuent à connaître des problèmes d'insuffisante documentation, de traçabilité et de fiabilité de leurs systèmes d'information (absence de cartographie des logiciels informatiques et de leurs interfaces ou documentation insuffisante de l'environnement et des contrôles réalisés sur les applications).

Les contrôles effectués par les chambres régionales des comptes ont fait apparaître une politique générale de sécurité insuffisante dans certains établissements (comme par exemple les Hôpitaux universitaires de Strasbourg et le centre hospitalier de Tours). Si des évolutions ont pu intervenir depuis lors, les établissements mettant en œuvre une politique générale de sécurité, prenant appui sur un responsable de la sécurité, sont minoritaires. Certains hôpitaux n'avaient pas formalisé de plan de reprise d'activité (ainsi du CHU de Tours et du centre hospitalier de Chambéry⁶⁴⁶). De même, certains établissements n'assurent pas de gestion centralisée des habilitations d'accès aux applications (comme par exemple le centre hospitalier Alpes Léman) et le niveau de sécurisation des mots de passe est parfois insuffisant (comme au centre hospitalier de Chambéry et au groupe hospitalier de la région de Mulhouse et Sud-Alsace).

645. L'enrichissement des informations transmises par ce protocole (par exemple les types et la nature des pièces comptables) permet de faire l'économie de saisies manuelles et de supprimer les erreurs dont elles peuvent être à l'origine.

646. Le centre hospitalier de Chambéry a fusionné depuis le 1^{er} janvier 2015 avec le centre hospitalier d'Aix-les-Bains au sein du centre hospitalier Métropole Savoie.

b) Une complexité posant dans certains cas des problèmes d'interopérabilité

Le choix d'une informatique largement décentralisée, en dehors du système comptable commun Hélios, qui produit la comptabilité hospitalière à partir des déversements effectués par les applications métier ou support des ordonnateurs, contraint les commissaires aux comptes à examiner l'ensemble des progiciels ou des développements propres à chaque établissement (souvent plus d'une centaine, d'éditeurs variés, même si ceux à incidence comptable sont en nombre plus limité).

Cette complexité a pour corollaire des problèmes d'interopérabilité entre les différents applicatifs (signalés notamment aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg et aux centres hospitaliers Belfort-Montbéliard et Alpes-Léman⁶⁴⁷). S'agissant de la chaîne de facturation, la multiplicité des interfaces peut affecter la traçabilité des informations.

Ces difficultés sont parfois mal identifiées, faute de disposer d'une cartographie fonctionnelle exhaustive intégrant les flux entre applications.

c) Un audit de l'application Hélios à parachever

L'ensemble des comptables des établissements publics de santé utilisant Hélios⁶⁴⁸, application qui assure la gestion comptable et financière de l'ensemble des collectivités territoriales, de leurs établissements publics et des hôpitaux, la DGFIP a pris l'initiative d'un audit national de l'application, réalisé par un prestataire de service en 2014 par référence à la norme ISAE 3402 type 2⁶⁴⁹ et centré sur les contrôles automatisés embarqués dans l'application, la sécurité physique de cette dernière ainsi que la gestion des modifications et des mises à jour qui lui sont apportées.

Compte tenu de son objet, qui vise les risques liés à la gestion d'Hélios au niveau national, cet audit n'a pas pour effet de dispenser les commissaires aux comptes d'effectuer des diligences complémentaires

647. À titre d'illustration, un problème d'interopérabilité depuis corrigé a été relevé sur une interface produits – marchés - fournisseurs entre le logiciel de gestion de la pharmacie et le logiciel comptable de l'établissement.

648. À l'exception de l'AP-HP, l'ensemble des comptables publics des établissements publics de santé utilisent cette application.

649. La norme ISAE 3402 type 2 constitue désormais un standard de référence pour apprécier les prestations de tiers, l'application Hélios étant assimilée à un « service bureau » au regard des exigences de certification.

sur les contrôles effectués par les établissements sur la bonne exécution des tâches de gestion de l'application qui relèvent de leurs attributions (et non de celles de l'échelon national).

Il a procuré des éléments d'assurance, notamment sur l'équilibre des écritures comptables et la correcte imputation des opérations comptabilisées, mais a aussi mis en lumière la nécessité de renforcer les contrôles d'accès aux systèmes et bases de données.

Il devrait être périodiquement reconduit au cours des exercices ultérieurs, afin de garantir la permanence des constats favorables réalisés en 2014, comme d'apprécier les suites données aux faiblesses relevées. Au-delà, son champ devrait être étendu à la vérification de la conformité du paramétrage de l'application aux principes comptables généraux (indépendance des exercices, non-compensation des actifs / passifs et des produits / charges).

2 - La formalisation et la documentation des contrôles permettant d'attester la réalité et l'efficacité du contrôle interne

Dans les hôpitaux publics, le passage à un contrôle interne comptable et financier conforme aux exigences de la certification constitue une tâche largement nouvelle, à laquelle des ressources adaptées, voire spécifiques doivent être consacrées. Par analogie avec des entreprises de dimension comparable, le prestataire de services qui assure l'accompagnement des Hospices civils de Lyon pour préparer la certification estime les effectifs nécessaires du service de contrôle interne à une dizaine de personnes (soit 600 000 € en termes de masse salariale).

De fait, la fiabilisation des comptes est l'occasion pour les établissements de formaliser et/ou de développer leur dispositif de contrôle interne. Fréquemment, des prestataires extérieurs concourent à son déploiement par des actions de formation (centre hospitalier de Chambéry), l'établissement de cartographies des risques et des audits des processus (ainsi au CHU de Tours, au groupe hospitalier de la région de Mulhouse et Sud-Alsace et aux centres hospitaliers de Beauvais et de Belfort Montbéliard). Certains établissements choisissent cependant de s'appuyer essentiellement sur des ressources internes (comme le CHU d'Angers où le déploiement du contrôle interne a été principalement conduit par une équipe de la direction des finances).

Les progrès à réaliser par les établissements concernent notamment la documentation des processus et des contrôles exercés sur les tâches de gestion entrant dans le cadre de ces derniers.

La création d'une fonction d'audit interne, susceptible de procurer des éléments d'assurance sur l'efficacité du contrôle interne et d'alléger à ce titre les diligences de l'auditeur externe, constitue une perspective encore lointaine, voire inexistante pour la plupart des hôpitaux, même de grande taille.

3 - La prise en compte des risques liés à la chaîne de facturation et aux relations financières avec l'assurance maladie

Le risque inhérent à la facturation des prestations de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) apparaît élevé, en raison du nombre important d'intervenants dans ce processus - les professionnels médicaux, parfois paramédicaux (infirmières) sous la responsabilité de ces derniers et les agents des départements d'information médicale - et de la complexité des règles de codage, en évolution constante depuis le passage à la T2A en 2004.

En application des normes d'exercice professionnel, la vérification de la réalité, de l'exhaustivité et de l'exactitude de la facturation indirecte des séjours et des consultations faite à l'assurance maladie fait partie des diligences des commissaires aux comptes. Les administrations des finances et de la santé ont d'ailleurs diffusé une cartographie des risques relatifs aux recettes qui aborde expressément cette question dans le cadre du processus de fiabilisation des comptes.

Sans préjuger de l'approche d'audit retenue par les commissaires aux comptes pour traiter cette problématique, les informations disponibles sur les diligences menées dans les établissements de la première « vague » de certification donnent à penser que des contrôles de bout en bout de la chaîne de facturation n'ont pas nécessairement été conduits dans la totalité des établissements concernés et que, lorsque tel a été le cas, le nombre de dossiers testés est resté faible.

Au-delà des travaux qui incombent aux commissaires aux comptes dans chaque établissement, le niveau des enjeux financiers qui s'attachent à la fiabilité de la facturation des prestations de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) justifierait l'établissement, sous l'égide du ministère, de mesures nationales de la fréquence et de l'incidence financière des anomalies, établies sur la base d'échantillons statistiquement représentatifs.

Par ailleurs, l'importance des relations financières des établissements publics de santé avec l'assurance maladie justifierait la mise en place de procédures de réconciliation de leurs soldes comptables avec ceux des caisses primaires d'assurance maladie à la clôture de l'exercice, afin notamment de prévenir des distorsions quant à l'exercice

de comptabilisation des opérations. Sauf exception, les établissements publics de santé de la première « vague » de certification (exercice 2014) n'ont cependant pas mis en œuvre de procédures de cette nature pour les postes comptables auxquels elles peuvent utilement s'appliquer.

B - Des traitements comptables à préciser et un impact global à éclairer

1 - Une attention requise sur certains agrégats comptables

De nombreuses observations formulées par les auditeurs externes durant la phase de préparation à la certification des établissements de la première « vague » portent sur des sous-estimations de charges tenant aux méthodes d'amortissement des immobilisations corporelles (pratiques d'amortissements progressifs, ou d'amortissements sur des durées plus longues que la durée d'utilisation des installations), au provisionnement insuffisant des comptes épargne-temps ou encore à la nature du fait générateur à appliquer aux séjours hospitaliers à cheval sur deux exercices comptables⁶⁵⁰.

Les refacturations de charges du budget principal aux budgets annexes servent parfois de variables d'ajustement, modifiant la réalité des charges de chacune des activités et donc de leurs résultats. Les écritures comptables de refacturation interne entre les comptes de résultat principal et annexes sont parfois empreintes de considérations étrangères à la sincérité des comptes, tenant par exemple à l'évolution du tarif d'hébergement dans une unité de soins de longue durée fixé et en partie financé par les conseils généraux.

De manière générale, les écritures comptables de remboursement de frais, en particulier au titre des coopérations entre établissements, font régulièrement l'objet d'ajustements. Or, ces écritures représentent des volumes financiers croissants, notamment dans le cadre des groupements de coopération sanitaire qui se sont multipliés ces dernières années au fil des restructurations de l'offre de soins.

650. La fiche n° 16 « comptabilisation et valorisation des produits liés aux séjours à cheval » établie par la DGFIP et la DGOS (février 2015) fixe des principes généraux, mais laisse les établissements choisir leur propre méthode de valorisation, qu'il leur revient cependant de documenter.

2 - Les problèmes soulevés par le provisionnement des risques attachés aux emprunts structurés

L'endettement des établissements publics de santé comprenait à fin 2012 2,4 Md€ d'emprunts dits structurés, assortis de clauses de taux d'intérêt et de change complexes⁶⁵¹.

Dans sa communication de mars 2014 sur la dette hospitalière⁶⁵², la Cour évaluait à 1,4 Md€ les indemnités de remboursement anticipé que les établissements hospitaliers auraient dû payer à fin 2012 pour se défaire de ces encours, dont 1 Md€ pour sortir des emprunts les plus risqués. Parmi les établissements les plus exposés figuraient quelques CHU, dont ceux de Saint-Etienne, de Nantes et de Fort-de-France, ainsi que des établissements moins importants, tels que le centre hospitalier intercommunal André Grégoire de Montreuil-sous-Bois.

Le CNoCP a rendu en juillet 2012 un avis préconisant le provisionnement des risques pris par les collectivités territoriales, les établissements publics de santé et les offices d'HLM du fait de la souscription d'emprunts structurés. Cet avis s'est traduit pour les hôpitaux publics par la création dans le plan de compte des hôpitaux (M 21) d'un compte spécifique pour ce type de provision et par l'annonce par les administrations centrales de la définition d'une méthode de provisionnement.

Le provisionnement des passifs liés aux emprunts structurés est de nature à avoir une incidence déterminante sur le bilan des hôpitaux concernés⁶⁵³, plusieurs d'entre eux étant susceptibles de passer en situation nette négative. En raison de la volatilité des taux d'intérêt et de change, attestée par la forte réévaluation du franc suisse par rapport à l'euro début 2015, des impacts majeurs, négatifs ou positifs, sont par ailleurs à attendre sur le résultat des années ultérieures, sous l'effet des

651. D'après les éléments rassemblés par l'ATIH, les montants des encours à risque élevé ont diminué de 10 % en 2013, cette évolution s'expliquant à la fois par les amortissements des emprunts structurés et par les opérations de renégociation menées par certains établissements.

652. Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale sur la dette des établissements publics de santé*, avril 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

653. Selon la direction générale de l'offre de soins, l'ordre de grandeur des provisions à constituer s'élevait à 2 Md€ à fin 2014, avant la réévaluation du franc suisse par rapport à l'euro.

nouvelles dotations ou des reprises sur provisions qui seraient effectuées par les établissements ayant contracté des emprunts structurés.

Sans faire obstacle à la constitution de provisions par d'autres établissements soumis ou non à certification, les administrations des finances et de la santé ont, pour la clôture des comptes de l'exercice 2014, dans une optique de lissage dans le temps de la constatation au plan comptable des pertes potentielles liées aux emprunts structurés, circonscrit aux seuls établissements de la première « vague » de certification la diffusion d'une fiche décrivant plusieurs méthodes envisageables de provisionnement, ces méthodes emportant des impacts sensiblement différents.

La question de la méthode de provisionnement à appliquer prendra une acuité particulière lorsque les commissaires aux comptes devront rendre en 2016 leur opinion sur les comptes des établissements de la deuxième « vague » de certification, dont les CHU de Nantes et de Saint-Etienne, fortement endettés en emprunts structurés. Il convient dès lors que les administrations des finances et de la santé définissent à l'attention de l'ensemble des établissements les conditions précises d'application de l'avis du CNoCP.

3 - Des changements comptables à fort effet sur la situation financière des hôpitaux

Les changements comptables⁶⁵⁴ affectant les établissements publics de santé concernent à titre principal l'amortissement des actifs (application d'amortissements linéaires au *prorata temporis* et fin des pratiques d'amortissement au 1^{er} janvier de l'année suivante et d'amortissements progressifs, qui conduisaient à différer la constatation des charges correspondantes).

Des corrections portent également sur les provisions et peuvent se traduire par des reprises de provisions ou, à l'inverse, le provisionnement de charges sous-estimées, telles que les compte épargne-temps. De nombreux établissements doivent par ailleurs faire disparaître de leur bilan des créances admises en non-valeur qui n'ont été ni apurées, ni même dépréciées et qui constituent de ce fait des actifs fictifs.

Fréquemment, ces changements comptables ont une incidence directe sur les résultats des établissements. Au centre hospitalier de

654. Changements de méthodes comptables, corrections d'erreurs et changements de modalités d'estimation comptable.

Beauvais, la mise en état des comptes⁶⁵⁵ en vue de leur prochaine certification a eu pour effet de majorer le résultat déficitaire de l'exercice 2013 (de -3,5 M€ à -6,3 M€). S'agissant des Hôpitaux universitaires de Strasbourg et des Hospices civils de Lyon, la fiabilisation des comptes en vue de leur certification a été à l'origine d'une forte augmentation des charges d'amortissement annuelles.

L'incidence des nouvelles méthodes d'amortissement sur les résultats des Hôpitaux universitaires de Strasbourg et des Hospices civils de Lyon

En appliquant un mode d'amortissement progressif, les Hôpitaux universitaires de Strasbourg ont amorti 7,8 M€ au total entre 2009 et 2013, alors qu'un amortissement en mode linéaire aurait conduit à amortir 34,6 M€ au cours de la même période. En 2014, le passage à un mode d'amortissement linéaire conduit à augmenter la charge annuelle d'amortissement à hauteur de 3,8 M€.

Dans le cas des Hospices civils de Lyon, la modification des règles d'amortissement induit une charge annuelle supplémentaire de 10 M€.

Dans d'autres cas, les corrections comptables font apparaître une situation plus favorable que celle auparavant retracée par les comptes, compte tenu de la constitution par le passé de provisions non justifiées sur un plan comptable.

Des provisions injustifiées au centre hospitalier de Chambéry

Le centre hospitalier de Chambéry présente une situation financière aisée qui, avant la clôture des comptes 2013, n'était pas retracée par son résultat comptable, artificiellement minoré par des dotations aux provisions injustifiées.

Le bilan de l'établissement comprenait ainsi 37 M€ de provisions pour renouvellement d'immobilisations, constituées sur fonds propres contrairement aux dispositions réglementaires, qui venaient s'ajouter à 24 M€ de provisions correspondant aux crédits versés dans le cadre du plan Hôpital 2012 pour la reconstruction de l'hôpital et non encore utilisés.

655. Corrections d'écritures relatives notamment à la production immobilisée, au rattachement de charges sur exercices antérieurs et aux dépréciations de créances.

Les démarches de fiabilisation menées par l'établissement dans la perspective de la certification de ses comptes ont conduit à faire apparaître un résultat comptable excédentaire de 5 M€, alors qu'il était auparavant masqué par le provisionnement injustifié, en fin d'exercice, de ressources consacrées à des investissements futurs.

4 - La nécessité d'une estimation consolidée

Sous le contrôle de leur commissaire aux comptes lorsqu'ils en sont dotés, les établissements publics de santé doivent indiquer avec précision dans l'annexe à leurs comptes les impacts des changements comptables sur leur bilan et sur leur résultat et établir en tant que de besoin un bilan et un compte de résultat *pro forma*⁶⁵⁶ de l'exercice précédent afin d'assurer la comparabilité du dernier exercice clos avec celui-ci. En ce sens, l'annexe aux comptes des hôpitaux a été enrichie depuis 2012 de nouveaux états afin de compléter l'information financière.

Le fait que les établissements aient été encouragés à anticiper l'échéance de la certification en passant des écritures correctrices avant cette dernière (2014, 2015 ou 2016 selon les « vagues » auxquelles ils appartiennent) étale sur plusieurs exercices l'impact de la fiabilisation comptable.

Pour autant, les impacts des changements comptables ne sont pas recensés et suivis au niveau national, alors qu'ils sont susceptibles, comme l'ont déjà souligné les juridictions financières lors de précédentes enquêtes, d'avoir une incidence significative sur l'évolution des résultats agrégés des hôpitaux publics, sur lesquels communique le ministère de la santé. À ce jour, l'administration envisage seulement d'analyser l'impact des changements d'écritures à partir d'un échantillon d'établissements, notamment les CHU.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La qualité des comptes des établissements publics de santé représente un enjeu majeur, qu'il s'agisse de l'ampleur des volumes financiers concernés au sein des organismes divers dépendant des assurances sociales, de l'importance des relations qu'ils entretiennent avec l'assurance maladie, pour laquelle la fiabilité des comptes hospitaliers n'est pas sans incidence sur la qualité de ses propres

656. Présentation du bilan et du compte de résultat de l'exercice antérieur au dernier exercice clos selon les méthodes appliquées à l'exercice au cours duquel est effectué un changement de méthode.

comptes, de l'appréciation de la sincérité des résultats de chaque établissement comme de la connaissance de la situation financière réelle consolidée du secteur hospitalier public pris dans son ensemble.

La perspective de la certification des comptes des hôpitaux a eu pour effet d'engager une dynamique positive de fiabilisation des comptes hospitaliers, pilotée de près par les ministères de la santé et des finances et relayée, inégalement selon les régions, par les agences régionales de santé et les directions régionales des finances publiques. Les établissements ont fait l'objet d'un accompagnement spécifique et multiforme, indispensable au regard des constats des défaillances lourdes, multiples et durables précédemment effectués en ce domaine par les juridictions financières.

Pour autant, les efforts ont principalement porté sur les travaux préparatoires à la certification des comptes des établissements soumis à cette obligation, qui ne représentent qu'une minorité d'établissements, même si leurs produits représentent 70 % du total. Une extension progressive de l'obligation de certification à d'autres établissements que ceux actuellement retenus apparaît à cet égard souhaitable en fonction d'un seuil à déterminer en considérant leur poids dans la dépense hospitalière et le rapport bénéfice/coût de la certification, cette dernière comportant un coût non négligeable pour les hôpitaux concernés, qu'il s'agisse des travaux conduits en interne ou de l'appel à des consultants extérieurs, sans préjudice de la rémunération des commissaires aux comptes eux-mêmes.

Les résultats de la première « vague » de certification, portant sur les comptes de 31 établissements volontaires et donc les mieux préparés, font apparaître que cette phase préparatoire a eu des effets positifs. Sur les 31 établissements dont les comptes 2014 ont été certifiés, 15 l'ont été sans réserve, 14 avec réserves et deux établissements seulement ont fait l'objet d'un refus de certification.

Un bilan complet ne pourra être dressé qu'en 2017, après la certification des comptes 2016 de la troisième « vague » d'établissements. Il apparaît cependant d'ores et déjà que certains points de vigilance doivent être pris fortement en considération, qu'il s'agisse des fragilités des systèmes d'information, des problématiques de contrôle interne relatives notamment aux risques propres aux chaînes de facturation, des relations financières avec l'assurance maladie, ou encore de certaines écritures comptables susceptibles d'affecter la sincérité des comptes.

Par ailleurs, il convient de veiller à ce que les corrections apportées aux comptes hospitaliers soient recensées au niveau national, de manière à asseoir sur des bases suffisamment précises le pilotage financier des hôpitaux durant la période 2015-2017, cruciale pour la maîtrise d'un ONDAM fortement resserré et le rétablissement des comptes de l'assurance maladie.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

54. évaluer chaque année au plan national les incidences des changements comptables sur les résultats agrégés et les situations nettes cumulées des établissements publics de santé pris dans leur ensemble (à partir notamment d'informations explicites à faire figurer dans leurs annexes) ;

55. évaluer au plan national, dans le cadre d'un échantillon représentatif d'opérations, la fréquence et l'incidence financière des anomalies de toute nature affectant l'application de la tarification à l'activité par les hôpitaux publics ;

56. formaliser une méthode de provisionnement des emprunts structurés.

CINQUIÈME PARTIE

LES SYSTÈMES DE RETRAITES ET D'ASSURANCE MALADIE EN FRANCE ET EN ALLEMAGNE : ÉLÉMENTS DE COMPARAISON

PRÉSENTATION

Dans le cadre de ses rapports annuels sur la sécurité sociale, la Cour analyse sous différents prismes l'organisation, le pilotage, l'efficacité de la dépense et la soutenabilité financière des régimes français de sécurité sociale. De manière aussi systématique que possible, elle éclaire ses constats par une approche comparative avec la situation des principaux pays développés et notamment celle de nos voisins, telle qu'elle peut être appréhendée à partir des données publiées par des institutions internationales⁶⁵⁷.

Elle a cherché pour la première fois à aller plus loin dans ce parangonnage, en examinant selon une démarche comparative spécifique les systèmes français et allemands de retraites et d'assurance maladie.

Dans l'un comme dans l'autre domaine, la France et l'Allemagne partagent en effet des principes fondateurs communs qui rapprochent leur organisation et leur financement.

À la différence du modèle « beveridgien »⁶⁵⁸, dans le cadre duquel l'ensemble de la population bénéficie d'une protection de base universelle organisée par l'État et principalement financée par l'impôt, les systèmes français et allemand reposent en matière de retraites comme d'assurance maladie sur un principe assurantiel organisant la protection à partir des différentes catégories professionnelles et la finançant de manière prépondérante par des cotisations sociales assises sur les salaires selon un modèle souvent désigné comme « bismarckien »⁶⁵⁹.

657. Parmi d'autres exemples, s'agissant de la couverture des risques sociaux, voir ainsi chapitre XI du présent rapport : les pensions de réversion : un rôle toujours majeur, une modernisation souhaitable, p.381-414; pour ce qui concerne l'organisation des soins pris en charge par l'assurance maladie, voir notamment Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre IX : la diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr et chapitre V du présent rapport : vingt ans de recomposition de l'offre de soins : un bilan décevant, p. 185-216.

658. Du nom de Lord Beveridge, dont les propositions ont inspiré la création de l'État providence (*Welfare State*) au Royaume-Uni après la Seconde guerre mondiale, notamment le système étatique gratuit de santé (*National Health Service*).

659. C'est sous le Chancelier Bismarck qu'ont été adoptées en Allemagne en 1883 les premières lois relatives à l'assurance maladie et aux accidents du travail.

Respectivement premier et second États de la zone euro par leur population (81,1 millions et 66,3 millions d'habitants à fin 2014) et leur économie (2 908 Md€ de PIB et 2 133 Md€ de PIB en 2014), l'Allemagne et la France sont par ailleurs toutes deux confrontées à des contraintes de soutenabilité de leurs finances sociales.

*
* *

La démarche suivie par la Cour pour effectuer cette mise en perspective des systèmes français et allemand d'assurance vieillesse et d'assurance maladie s'inspire de celle qu'elle a précédemment appliquée pour analyser la situation des prélèvements obligatoires dans les deux pays⁶⁶⁰.

Elle vise à établir des éléments de comparaison de nature à éclairer les modes d'organisation, les dynamiques d'évolution, les ajustements apportés, les choix faits dans l'un et l'autre pays, dans des contextes à la fois semblables et différents.

S'ils comportent des similitudes dans leur organisation et leur mode de financement, les systèmes sociaux des deux pays prennent place dans un cadre institutionnel contrasté. Ainsi, la nature de l'État, centralisé ou fédéral, le rôle plus ou moins important dévolu à la loi et au droit conventionnel, l'intervention plus ou moins grande des partenaires sociaux se reflètent dans la manière dont est conçue et gérée la protection sociale de chacun des deux pays. Au-delà, les deux systèmes reflètent des conceptions différentes de la place à reconnaître aux impératifs d'équité, de compétitivité économique et d'équilibre financier et des modalités suivant lesquelles ces derniers sont pris en compte.

Les choix collectifs propres à chaque pays se manifestent dans l'étendue de la couverture obligatoire et les niveaux de prise en charge des risques. En matière de retraites, le système allemand accorde de fait une place plus modeste qu'en France aux dispositifs de solidarité, tandis qu'en matière d'assurance maladie, l'assurance légale allemande a conservé des taux de remboursement plus élevés sur un « panier de soins » plus étroit, alors que l'effort de remboursement a été concentré en France sur les pathologies les plus lourdes.

660. Cour des comptes, *Rapport public thématique, Les prélèvements fiscaux et sociaux en France et en Allemagne*, mars 2011, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Les conséquences de ces choix et des degrés de priorité plus ou moins forts accordés aux impératifs d'équilibre financier et de compétitivité des entreprises se traduisent également dans les structures de financement des systèmes français et allemands.

Si dans les deux pays une part majoritaire du financement des systèmes de retraite repose sur les cotisations sociales ou sur des prélèvements assis sur les salaires, la part des concours publics - subventions budgétaires et impôts affectés - s'est notablement accrue en Allemagne, où ces concours ont atteint 82 Md€ en 2012 pour le système de retraites (fournissant 31 % des recettes des retraites du secteur privé contre 12 % en France) et 14 Md€ pour l'assurance maladie (soit 7 % des recettes contre 17 % en France).

Ces différences renvoient à des choix inscrits au cœur du pacte social de chaque pays. Pour autant, certains aspects de l'organisation, du financement et de la gestion des dispositifs de protection sociale propres à chacun peuvent utilement inspirer la réflexion des pouvoirs publics en France comme en Allemagne. Les systèmes de protection sociale de ces deux pays sont en effet confrontés, dans des contextes démographiques certes différents, à des enjeux majeurs de même ordre en particulier au regard de leur soutenabilité financière.

*
* *

Les modes d'organisation, de financement et de pilotage des systèmes de retraites et d'assurance maladie ont de fait une forte incidence non seulement sur la couverture sociale, mais aussi sur la compétitivité des économies et la situation des finances sociales des deux pays.

À cet égard, les soldes des administrations de sécurité sociale divergent nettement entre l'Allemagne et la France :

- entre 2004 et 2013, l'assurance maladie légale allemande a continûment été excédentaire, tandis que la branche maladie du régime général de sécurité sociale fa constamment dégagé des déficits depuis les années 1990. Entre 2000 et 2014, l'assurance maladie légale allemande a dégagé au total 12 Md€ d'excédents, tandis que la branche maladie du régime général français a réalisé 105 Md€ de déficits ;*

- depuis 2006, l'assurance vieillesse des salariés réalise des excédents en Allemagne, tandis qu'elle enregistre en France des déficits continus depuis 2005. Entre 2000 et 2014, l'assurance vieillesse des salariés en Allemagne a dégagé 16 Md€ d'excédents, tandis que la branche vieillesse du régime général français accumulait 65 Md€ de déficits.

La Cour s'est attachée à appréhender les déterminants de ces résultats contrastés, en éclairant les choix opérés par les pouvoirs publics des deux pays depuis la fin des années 90.

*
* *

Sur un plan méthodologique, ses travaux ont pris appui sur l'exploitation des données comparatives diffusées par les institutions internationales et européennes et sur l'exploitation directe des sources d'information disponibles au sein des institutions françaises et allemandes, notamment celles émanant du ministère des affaires sociales allemand. De très nombreux échanges sur place avec une grande diversité d'interlocuteurs allemands (administrations, organismes consultatifs, instituts de recherche, personnalités qualifiées) ont permis de les mettre en perspective et de les compléter.

Afin d'assurer l'homogénéité des données, la Cour se réfère dans le cas général à des données publiques internationales, issues des bases de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), d'Eurostat et des institutions européennes. Ces données sont mentionnées en explicitant les précautions méthodologiques que rendent nécessaires des différences de périmètre et de classement des dépenses entre les deux pays.

Chapitre XV

**Les systèmes de retraites en France et
en Allemagne**

PRESENTATION

Les systèmes de retraites français et allemands, nés à des époques différentes et inégalement développés par la suite selon des logiques de capitalisation, ont été entièrement réorganisés en adoptant le principe de la répartition respectivement en 1945 et en 1957, de sorte qu'ils sont aujourd'hui comparables dans leur conception d'ensemble.

Ils le sont aussi par les enjeux auxquels ils sont confrontés. Ainsi, au début des années 90, en Allemagne comme en France, leurs difficultés de soutenabilité financière sont apparues avec évidence avec la perspective de l'arrivée à l'âge de la retraite de la génération du « baby-boom ». Ces défis se posent de manière encore plus marquée en Allemagne en raison d'un contexte démographique plus défavorable et se sont doublés, dans ce pays, de l'intégration des Länder de l'Est à des conditions proches des régimes de retraite de l'Ouest. Dans les deux pays, différentes réformes se sont ainsi succédé depuis 25 ans, visant à assurer la pérennité des régimes en jouant sur les différents leviers possibles : bornes d'âge, durée d'assurance requise, taux de cotisation, affectation de nouvelles ressources, modes de calcul et d'indexation des pensions.

Ces univers très proches rendent pertinente une comparaison détaillée, dès lors que sont pris en considération l'ensemble des éléments de contexte, y compris la démographie et les différences de structure des régimes de retraite. Une telle démarche comparative permet de mettre en lumière les choix explicites ou implicites opérés lors des évolutions du système français de retraites, s'agissant en particulier de la répartition des efforts demandés aux parties prenantes et aux différentes générations. Elle souligne aussi la hiérarchie différente des objectifs du pilotage des systèmes de retraites dans les deux pays.

Proches dans leur conception générale, ces derniers n'en présentent pas moins des différences significatives dans leur étendue et leur financement (I). Ils ont été réformés en recourant aux mêmes leviers, mais de manière plus forte en Allemagne, de sorte que le système français est dans l'ensemble plus avantageux et solidaire (II). Les deux pays, dont les modalités de pilotage de leurs systèmes de retraites diffèrent, devront l'un comme l'autre, bien que confrontés à des enjeux démographiques contrastés, consentir de nouveaux efforts pour assurer leur soutenabilité à long terme (III).

Approche méthodologique

Les travaux de la Cour ont été réalisés sur la base de données publiques nationales et internationales.

Du côté allemand, ont été utilisées les données du rapport annuel du ministère des affaires sociales sur la retraite légale⁶⁶¹, du rapport quadriennal sur les retraites⁶⁶², les séries statistiques de la retraite légale⁶⁶³, le rapport annuel de la *Deutsche Rentenversicherung*, principal régime de retraites allemand (*DRV*) et le *Sozialbudget* (document budgétaire annuel décrivant les crédits et les emplois du budget fédéral dans le domaine social).

Du côté français, ont été principalement mobilisés les données de l'INSEE, les travaux du conseil d'orientation des retraites (COR) et ceux de la direction générale du Trésor, les données du rapport sur les retraites de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des affaires sociales (DREES)⁶⁶⁴, les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale et les états financiers des principaux régimes de retraite.

S'agissant des données internationales compilées par Eurostat et l'OCDE utilisées dans cette comparaison, elles doivent le plus souvent être considérées avec précaution en raison de conventions et de différences de périmètre. Ont été utilisés notamment le rapport de la Commission européenne et du Comité économique et social « *Ageing report 2015* », qui établit des projections de long terme et les rapports « *Pensions at a glance* » (2013) et « *Pension Outlook* » (2014) de l'OCDE.

Pour compléter cette approche par des échanges directs, plusieurs réunions ont par ailleurs été tenues avec les administrations allemandes compétentes (ministère des finances, *Bundesministerium der Finanzen* (), ministère des affaires sociales, *Bundesministerium für Arbeit und Soziales* (*BMAS*) et la *DRV*) et plusieurs sources d'expertise (fédération des assureurs, *Bundesbank*, Institut économique de Cologne, *Sozialbeirat*⁶⁶⁵).

661. *Rentenversicherungsbericht*, *BMAS*.

662. *Alterssicherungssbericht*. Ce document, le plus complet, n'est réalisé que tous les quatre ans, la dernière version date de 2012.

663. *Rentenversicherung in Zeitreihen*.

664. *Les retraites et les retraités en 2014*.

665. Composé de 12 experts et fondé en 1958, il se prononce sur la validité des données et projections fournies dans le rapport annuel du *BMAS*.

I - Des systèmes proches dans leur conception, des différences significatives dans leur étendue

A - Des systèmes de retraites à trois étages, mais d'inégale importance

En France comme en Allemagne, la pension de retraite a un caractère principalement contributif : les actifs versent des cotisations qui, en finançant les pensions des retraités, leur ouvrent en retour des droits à pension. Les retraites constituent dans les deux pays un enjeu financier majeur, supérieur à 10 points de PIB.

1 - Dans les deux pays, des régimes organisés sur une base professionnelle, mais selon des périmètres différents

Il est courant de distinguer un premier étage composé des régimes de base obligatoires, un second formé des régimes complémentaires d'entreprise et un troisième correspondant à de l'épargne retraite individuelle par capitalisation. Toutefois, certains régimes dits « complets » fusionnent régime de base et régime complémentaire. Enfin, aux côtés d'un régime général qui joue un rôle prépondérant, existent des régimes dits spéciaux qui concernent des professions particulières.

Ces distinctions se retrouvent dans les deux pays, mais selon des contours différents et avec des différences substantielles qui sont résumées dans les deux schémas ci-dessous.

Schéma ° 2 : représentation du système de retraites français

AGIRC-ARRCO-AGFF 74,1 Md€	Ircantec* 2,6 Md€						
		des des	des	des			
Salariés : CNAVTS 108,1 Md€	Base et complémentaire artisans et commerçants (RSI) 9,0 Md€	Base et complémentaire libéraux (CNAVPL, CNBF...) 6,1 Md€	Base et complémentaire exploitants agricoles (MSA) 8,7 Md€	Fonction publique d'État 50,4 Md€	Fonctions publiques territoriale et hospitalière 16,1 Md€	Autres régimes spéciaux : JEG, SNCF, RATP, Mines, Mairies... 17,3 Md€	
Salariés agricoles : MSA 5,8 Md€							
15,7 millions	1,9 million	0,2 million	1,6 million	2,2 millions	1,1 million	0,7 million	

*Contractuels des collectivités publiques.

Note de lecture : en jaune, régime de base ; en bleu, régime complémentaire distinct du régime du base.

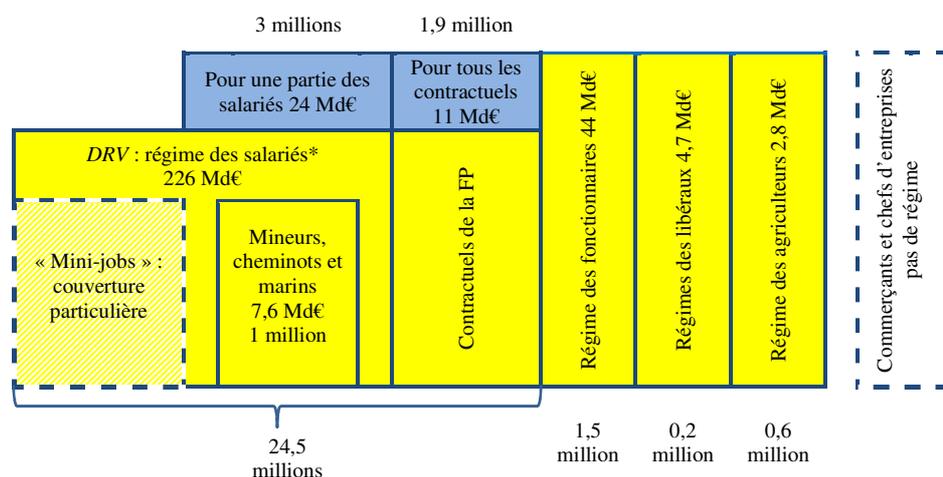
Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES et des différents régimes (298,9 Md€ de charges de prestations légales en 2014), En abscisse, nombre de prestations versées (droits directs et dérivés).

Dans le système français, les régimes de base (fonctionnant pour l'essentiel par annuités) - 24 au total - couvrent l'ensemble des actifs, qui y sont obligatoirement affiliés en fonction de leur activité professionnelle.

Si le régime général des salariés du secteur privé, géré par la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), est le plus important, réglant près de deux retraites sur trois des régimes de base, il ne verse que 35 % du montant total des pensions. Les principaux autres régimes de base concernent les fonctionnaires de l'État et des collectivités locales, les salariés des entreprises de transport (SNCF, RATP), du secteur maritime et des mines et les travailleurs indépendants : professions libérales, artisans, commerçants et exploitants agricoles.

Hors le cas des régimes « complets » (fonction publique notamment), les régimes de base sont pratiquement toujours assortis de régimes complémentaires, pour la plupart gérés par répartition, dont les plus importants sont ceux gérés pour les salariés par l'AGIRC et l'ARRCO. Les régimes de droit commun des salariés (régime général et régimes complémentaires AGIRC-ARRCO) représentent un peu plus de 60 % du montant total des pensions versées.

Schéma° 3 : représentation du système de retraites allemand



*Inclut les artisans et les artistes.

Note de lecture : en jaune, régime de base ; en bleu, régime complémentaire distinct du régime du base.

Source : Cour des comptes d'après les données du BMAS (2012). En abscisse, nombre de prestations versées (droits directs et dérivés).

En Allemagne, on retrouve comme en France un régime de base des salariés et des régimes organisés sur une base professionnelle, mais qui se résument plus étroitement à ceux des fonctionnaires d'État, des mineurs, cheminots et marins (*Knappschaft-Bahn-See*, intégré administrativement au régime général mais présentant des spécificités), des professions libérales⁶⁶⁶ et des exploitants agricoles.

Le principal régime de base allemand (*Deutsche Rentenversicherung, DRV*), dit aussi « retraite légale », joue un rôle véritablement central puisqu'il verse à lui seul les trois quarts des prestations de retraite. Au-delà des seuls salariés du secteur privé, il couvre également les contractuels de la fonction publique, les artisans et les artistes (avec des conditions particulières).

666. Organisé par profession et par *Land*, avec 89 caisses indépendantes. Il existe par ailleurs quelques petits régimes (régime des parlementaires fédéraux et des *Länder*, régime des membres de gouvernement, régime complémentaire des salariés agricoles, régime des mineurs de la Sarre).

Le régime légal allemand, un régime par points

Comme le régime général en France, le « régime légal » allemand est un régime par répartition. En revanche, il fonctionne non pas en annuités, mais par points (comme les régimes complémentaires de salariés AGIRC-ARRCO en France). Une année de cotisation sur une assiette correspondant au salaire moyen donne droit à un point et deux points peuvent être acquis par an au maximum. En 2015, un point équivaut à une retraite mensuelle de 28,61 € dans les *Länder* de l'Ouest et de 26,39 € dans ceux de l'Est. Toutefois, une affiliation minimale de cinq années est nécessaire pour pouvoir prétendre à une retraite de ce régime, condition qui n'a pas d'équivalent en France.

S'agissant des autres travailleurs indépendants, le régime des professions libérales (1 % des prestations) fonctionne intégralement par capitalisation. Celui des agriculteurs (1 % des prestations) est un régime par répartition largement subventionné.

Par ailleurs, les retraites des fonctionnaires (13 % des prestations) sont payées directement par les employeurs publics concernés (*Bund*, *Länder* et communes).

La gouvernance des principaux régimes est identique en France et en Allemagne : la *DRV*, comme le régime général, relève des pouvoirs publics, tandis que les retraites complémentaires relèvent dans les deux pays des partenaires sociaux.

2 - Une affiliation à un régime de base et des conditions de constitution des droits qui n'ont pas le même caractère d'universalité

En France, l'affiliation à un régime de base est universelle et obligatoire dès lors qu'on exerce une activité professionnelle. Tel n'est pas entièrement le cas en Allemagne. En pratique, les artisans et les principales professions libérales sont soumis à une obligation d'affiliation, mais les autres travailleurs indépendants - commerçants et chefs d'entreprises - en sont dispensés et n'ont donc pas de régime de retraite. Leur nombre est évalué à 3,3 millions de personnes sur les 4,4 millions de travailleurs indépendants, soit 8 % de la population active occupée, alors qu'en France les commerçants et les chefs d'entreprise sont couverts par le régime social des indépendants (RSI, 2,8 millions de cotisants au total). Selon le *BMAS*, 3 % des personnes de 65 ans et plus (1 % des hommes et 5 % des femmes) ne perçoivent de retraite d'aucun régime (certains pouvant alors bénéficier du minimum social vieillesse - *Grundsicherung im Alter*, voir *infra*), tandis qu'en France, les personnes qui bénéficient uniquement de prestations du minimum vieillesse, en

l'absence de tous droits contributifs, représentent 0,4 % des retraités (soit 70 000 personnes).

Une autre partie de la population ne bénéficie que d'une couverture partielle. Ainsi, les salaires inférieurs à 450 € (« mini-jobs »), qui concernent cinq millions d'actifs à titre exclusif, donnent lieu dans la plupart des cas à des cotisations réduites, ouvrant elles-mêmes des prestations de moindre niveau⁶⁶⁷.

En France à l'inverse, tous les actifs sont, en principe, assurés. Certains cotisants n'acquiescent toutefois pas de droits s'ils n'ont travaillé qu'une faible durée. Selon la direction de la sécurité sociale, un million de personnes est concerné par ce type de situation, que la réforme des retraites de 2014 a tendu à limiter en réduisant le montant annuel des salaires nécessaire à l'acquisition d'un trimestre à l'équivalent de 150 heures au SMIC sur l'année contre 200 auparavant.

3 - Des retraites complémentaires généralisées à l'ensemble des salariés du secteur privé en France, mais qui ne bénéficient qu'à une fraction de ces derniers en Allemagne

En France, les régimes complémentaires revêtent pour les salariés du secteur privé un caractère obligatoire et sont de nature interprofessionnelle dans le cadre de l'AGIRC et de l'ARRCO⁶⁶⁸.

En Allemagne, ce sont principalement les salariés du privé et les contractuels de la fonction publique qui peuvent bénéficier d'une retraite complémentaire. Pour les contractuels de la fonction publique, elle est

667. L'employeur d'un salarié dont le salaire est inférieur à 450 € par mois paie 5 % pour les emplois à domicile, 15 % pour les autres emplois. Le salarié acquiert des droits réduits à due proportion, sauf s'il verse le complément de cotisation pour atteindre le taux de droit commun de 18,7 %, ce qu'il ne fait que très rarement. Surtout, le versement de cette cotisation additionnelle permet aux durées d'affiliation correspondantes d'être prises en compte à 100 % à différents niveaux pour différents calculs d'ouverture de droits, ne serait-ce que pour l'appréciation de la durée minimale d'assurance de 5 ans. Depuis le 1^{er} janvier 2013, une réforme prévoit que les nouveaux salariés embauchés en « mini-jobs » devront par principe verser le complément de cotisation, sauf à demander leur radiation, alors qu'auparavant il leur fallait effectuer une démarche active pour s'affilier. Pour autant, cette réforme n'a porté le ratio d'affiliation des « mini-jobs » que de 5 % à 20 %.

668. Les travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales et exploitants agricoles) bénéficient également de régimes complémentaires à caractère légalement obligatoire.

obligatoire. Pour les salariés du secteur privé, elle ne l'est que dans certaines branches en application de conventions collectives (métallurgie, chimie). Dans les autres cas, il s'agit d'une possibilité à la discrétion de l'employeur. Chaque entreprise définit si et dans quelle mesure, elle contribue à une couverture retraite complémentaire pour ses salariés⁶⁶⁹. Seule la moitié environ des salariés du privé concernés acquiert des droits au titre d'une retraite complémentaire⁶⁷⁰.

Compte tenu de la montée en charge de ces dispositifs dans le temps, les retraités actuels du secteur privé n'en bénéficient qu'à hauteur de 25 % pour les hommes et de 11 % pour les femmes. Pour les salariés de l'industrie, des grandes entreprises et des collectivités locales, les couvertures retraite complémentaires sont plus fréquentes. Pour ceux des services et des petites entreprises, elles sont plus rares⁶⁷¹. En outre, la retraite complémentaire ne peut être perçue qu'à l'issue de cinq années d'affiliation dans le régime concerné.

Au total, les retraites complémentaires d'entreprise allemandes des salariés du secteur privé représentent un poids financier limité (de l'ordre de 23 Md€⁶⁷² de prestations et de 35 Md€ de cotisations), tant au regard des régimes complémentaires français de salariés (71,5 Md€ en 2013) que du total des pensions en Allemagne. Ces régimes complémentaires d'entreprise sont gérés par capitalisation (avec différentes variantes en termes de niveau de garantie des prestations et de responsabilité respective de l'entreprise et de l'éventuel prestataire⁶⁷³) et non par

669. La loi fait seulement obligation aux entreprises, depuis 2001, de mettre en place à la demande des salariés une possibilité de conversion de leur salaire en droits à la retraite (*Entgeltumwandlung*).

670. À défaut de centralisation des données, les estimations reposent sur des sondages dont les résultats sont affectés d'incertitudes importantes. Le rapport *Alterssicherungsbericht* 2012 fondé sur ces sondages évalue à 60 % la proportion d'affiliés à la *DRV* qui bénéficie d'une complémentaire, ce chiffre faisant en fait la moyenne d'un taux de 50 % dans le secteur privé et de 100 % parmi les contractuels de la fonction publique.

671. La « *Betriebsrente* » est à 84 % présente dans les entreprises de plus de 1 000 salariés, mais seulement à 30 % dans celles de moins de dix salariés. Elle est trois à quatre fois plus répandue dans les *Länder* de l'Ouest que ceux de l'Est.

672. *Alterssicherungsbericht*, 2012. La retraite complémentaire obligatoire des contractuels de la fonction publique verse quant à elle environ 11 Md€ de prestations et recueille 17 milliards de cotisations. Les cotisations sont supérieures aux prestations s'agissant de régimes par capitalisation en cours de montée en charge.

673. Les montants investis doivent cependant toujours être garantis et l'entreprise conserve une responsabilité ultime à cet égard.

répartition, comme c'est le cas en France pour les régimes AGIRC-ARRCO. Près de 500 Md€ de provisions mathématiques seraient constituées en Allemagne à ce titre⁶⁷⁴.

Les régimes complémentaires sont donc de nature très différente dans les deux pays, obligatoires et généralisés en France au même titre que le régime de base, facultatifs et relevant d'accords de branche ou d'entreprise en Allemagne où l'existence et le niveau des retraites complémentaires en faveur des salariés sont fonction de la situation propre des différentes branches et entreprises.

Le régime allemand se distingue ainsi par un moindre degré de généralisation de la couverture du risque vieillesse, au niveau du régime de base et plus encore des régimes complémentaires.

L'interprétation des données relatives à la part des retraites dans le PIB

Compte tenu des différences de couverture des régimes et de facteurs démographiques, les données agrégées suivantes doivent être interprétées avec précaution. De surcroît, elles couvrent des champs différents et portent sur des années également distinctes.

Un premier agrégat, calculé par l'OCDE, évalue la part dans le PIB des « dépenses publiques de pension », définies comme les dépenses afférentes aux prestations de retraite (hors invalidité) servies par des régimes applicables à la grande majorité de la population concernée et pour lesquelles le gestionnaire n'est pas mis en concurrence. Selon cette définition, en 2009, la France consacrait 13,7 % de son PIB aux retraites et l'Allemagne 11,3 %. Mais ces données, par construction, ne tiennent pas compte des prestations versées par les régimes complémentaires allemands (environ 1,3 % du PIB) alors qu'elles intègrent celles des régimes complémentaires français (environ 4 % du PIB).

Un second agrégat, calculé par Eurostat, mesure la part dans le PIB de l'ensemble des dépenses de pension de retraite (et d'invalidité) non seulement publiques, mais aussi privées. Il s'élevait en 2012 à 15,2 % du PIB en France (308 Md€) et 12,3 % du PIB (328 Md€) en Allemagne⁶⁷⁵.

674. *Arbeitsgemeinschaft für betriebliche Versorgung*.

675. À la différence du précédent, il inclut pour la France les prestations versées par les régimes de retraite complémentaire et par les dispositifs d'épargne individuelle et pour l'Allemagne, les prestations des régimes de retraite complémentaire et les prestations des plans *Riester*.

Exception faite des retraites complémentaires (généralisées en France, couvrant un champ partiel en Allemagne), les dépenses de retraite ont donc un poids comparable dans les deux pays, voisin de 11 % de PIB. Les écarts usuellement observés tiennent donc principalement soit à l'absence de prise en compte des retraites complémentaires allemandes, soit à leur attribution à une partie seulement des retraités en Allemagne.

4 - Des tentatives de généralisation de l'épargne individuelle dans les deux pays

a) En Allemagne : les plans « Riester »

L'Allemagne a développé un « troisième étage » d'épargne individuelle. En effet, la réforme du système de retraites de 2002 a introduit un nouveau type de dispositif, le plan « *Riester* »⁶⁷⁶, qui bénéficie à la fois d'un régime fiscal avantageux et d'une subvention budgétaire⁶⁷⁷.

676. De Walter Riester, ministre fédéral du travail à l'origine de leur introduction.

677. L'investissement est déductible du revenu imposable dans la limite de 2 100 € par an et peut donner lieu à crédit d'impôt. Ce seuil n'a pas été revu depuis près de 15 ans, ce qui constitue implicitement une baisse du soutien de l'État. Une prime de base de 154 € maximum est accordée par l'État fédéral, augmentée de 185 € par enfant né avant 2008, de 300 € par enfant né après cette date et majorée pour les personnes à faibles revenus. Le taux moyen de subvention est ainsi de 30 %.

Les plans *Riester* en Allemagne

Si plusieurs enveloppes juridiques sont possibles⁶⁷⁸, les dispositifs d'épargne doivent cependant tous offrir une sortie principalement en rente (avec un maximum de 30 % de sortie en capital possible, sauf lorsque les montants investis sont trop faibles pour justifier une sortie en rente), en cohérence avec leur vocation à procurer un revenu de remplacement. Ils doivent également faire en sorte que le capital accumulé au moment du départ en retraite préserve les montants investis et les subventions accordées, diminués des frais de gestion. Ils peuvent présenter des profils de risque différents, au choix du souscripteur, sous réserve de respecter ces conditions.

Depuis leur introduction, les plans *Riester* ont été souscrits par près de 16 millions de personnes, soit près de 33 % de la population active. Le coût global du dispositif est de l'ordre de 4 Md€ par an (1,1 Md€ par an du fait des montants déduits du revenu imposable⁶⁷⁹ et 2,7 Md€ par an d'aide directe⁶⁸⁰). Les montants investis s'élevaient à 48 Md€ fin 2013⁶⁸¹.

En Allemagne, plusieurs études ont critiqué un manque de clarté dans les produits proposés aux assurés⁶⁸², les hypothèses actuarielles retenues et le niveau des frais de gestion⁶⁸³. La crise financière de 2008-2009 et désormais la faiblesse des taux d'intérêt (le taux garanti des plans *Riester* est désormais de 1,25 % alors que les frais de gestion atteignent eux-mêmes 1 % par an) affectent aussi l'attractivité du produit. Le taux de contrats non alimentés est passé de 15 % à près de 20 % entre 2011 et 2014. Le nombre de contrats stagne depuis plusieurs années et moins de 3 % du revenu est investi en moyenne par les bénéficiaires, ce qui est inférieur à l'hypothèse initialement retenue.

678. La grande majorité prend la forme de contrats d'assurance prévoyance vieillesse pris en charge par un assureur, mais la souscription à des fonds de retraite gérés par des sociétés d'investissement est également possible et représente environ 1/6^{ème} des encours, l'alimentation de livrets bancaires, dernière option, jouant un rôle marginal. Au sein de certains types de produit (contrats d'assurance et fonds d'investissement, les livrets bancaires étant quant à eux totalement sécurisés et rémunérés sur la base de taux prédéfinis), l'investisseur peut prendre différents niveaux de risque, dont le profil peut varier au cours du temps à mesure que l'on se rapproche du départ en retraite.

679. *Subventionsbericht* 2014.

680. *Staatliche Förderung der Riester-Rente*, Destatis, 2010.

681. *Zentrale für Altersvermögen*, BMAS.

682. Par exemple celles réalisées par les instituts *Oekotest* et *Stiftung Warentest* en 2011 et 2012. Des réformes ont été introduites depuis lors en matière de présentation des caractéristiques des contrats.

683. Voir l'étude du DIW : « *Zehn Jahre Riester-Rente, kein Grund zum feiern* », 2011. Les prestataires mettent en avant la complexité du produit et les nombreuses exigences réglementaires pour justifier le niveau des frais.

b) En France : les dispositifs d'épargne retraite par capitalisation

En France, les dispositifs d'épargne par capitalisation destinés explicitement au financement d'un complément de retraite ont visé successivement des catégories de population spécifiques et se sont superposés au fil du temps⁶⁸⁴.

S'agissant des dispositifs individuels, l'offre a longtemps été limitée à certaines professions⁶⁸⁵. Pour les dispositifs collectifs, différentes formules étaient prévues par le code général des impôts (dits des articles 39, 82 et 83), mais connaissaient une diffusion limitée.

L'introduction dans le cadre de la réforme des retraites de 2003 du plan d'épargne retraite populaire (PERP) dans le cadre individuel et du plan d'épargne pour la retraite collectif (PERCO) dans le cadre professionnel et collectif a marqué la volonté de généraliser ce type de produit, dans le sillage de l'introduction des plans *Riester* en Allemagne. Ces dispositifs bénéficient d'incitations fiscales (déductibilité des versements, fiscalité dérogatoire sur les plus-values réalisées), mais pas de subventions budgétaires. Leur coût budgétaire serait de l'ordre de 2 Md€⁶⁸⁶, soit la moitié environ du coût budgétaire des plans *Riester*.

684. Pour une analyse détaillée de ces dispositifs, voir Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XII : les aides publiques à l'épargne retraite, p.347-371, septembre 2011, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

685. PREFON créé en 1967, dispositifs FONPEL/CAREM-MUDEL introduits en 1993 pour les élus locaux, COREM et CRH (complémentaire retraite des hospitaliers) pour les instituteurs et le personnel hospitalier, dispositif des exploitants agricoles.

686. Pour une analyse détaillée de ces dispositifs, voir Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XII : les aides publiques à l'épargne retraite, p.347-371, septembre 2011, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Les dispositifs de retraite supplémentaire facultatifs en France dans le cadre professionnel

Cinq types de contrats d'épargne retraite peuvent être distingués :

- les contrats d'entreprise dits de l'« article 39 » du code général des impôts (CGI) : ils sont à prestations définies, l'entreprise s'engageant soit à verser une somme donnée, soit à compléter les pensions perçues par ailleurs jusqu'à un niveau donné (retraite « chapeau »). Le nombre d'adhérents n'est pas connu. Les provisions mathématiques à ce titre atteignaient 36 Md€ en 2012⁶⁸⁷ ;
- les contrats dits de l'« article 82 » du CGI, à cotisations définies, à adhésion facultative, abondés par l'employeur et dont les cotisations sont imposables au titre de l'impôt sur le revenu. On compte en 2012 entre 150 000 et 200 000 adhérents à des tels contrats pour des provisions mathématiques de 3,6 Md€ ;
- les contrats dits de l'« article 83 » du CGI, à cotisations définies, à adhésion obligatoire, dont les cotisations sont exonérées de l'impôt sur le revenu et des charges sociales. Il s'agit du dispositif le plus important, avec 51 Md€ de provisions et près de 4 millions de bénéficiaires ;
- les plans d'épargne retraite entreprise, adossés à un « article 83 », permettant d'épargner des sommes volontairement en sus des cotisations prévues par le plan de l'article 83 (135 000 adhérents, 500 M€ de provisions) ;
- les plans permettant au salarié d'investir dans différents supports, avec un abondement de l'entreprise (1,25 million de contrats, 6,7 Md€ de provisions), les versements issus de la participation et de l'intéressement étant déductibles des revenus (PERCO).

Les réformes de 2003 ont ainsi eu l'ambition de poser les bases d'un « troisième étage » pour une large partie de la population, dans le contexte d'une réforme plus globale du système de retraites. Pour autant, cet objectif a été encore moins atteint qu'en Allemagne. En effet, le nombre de contrats PERCO ou de PERP ouverts (2,2 millions de contrats pour 8,2 Md€ investis) demeure modeste par rapport à celui de la population concernée et les montants capitalisés à ce titre restent assez réduits. Toutefois, au titre de l'ensemble des dispositifs, les provisions mathématiques accumulées en France demeurent supérieures à celles des contrats *Riester*, du fait de la plus grande maturité de certains d'entre eux.

687. DREES, « *Les retraités et les retraites* », 2014.

La Cour⁶⁸⁸ a eu l'occasion de mettre en évidence les limites de ces dispositifs pour la France. L'information fournie aux épargnants sur les niveaux de risque pris au travers de ces produits est parfois insuffisante, alors même qu'ils sont parfois élevés. En raison de la nature de leur exposition, ces produits ont pu être sensiblement affectés par les crises financières. Par ailleurs, le défaut de ciblage des dispositifs se traduit par des effets d'aubaine. Ce sont les catégories socio-professionnelles les plus favorisées qui recourent le plus à ces dispositifs. Des limites de nature identique ont été observées en Allemagne au titre des plans « *Riester* ».

Toutefois, comparer la diffusion des placements spécifiquement destinés à la préparation de la retraite ne peut fournir qu'une image partielle du « troisième pilier ». En effet, les comportements d'épargne en vue de la retraite ne se manifestent pas seulement au travers des produits explicitement destinés à assurer un complément de pension, mais aussi de nombreux autres placements - immobilier, assurance-vie... - dont certains peuvent aussi bénéficier d'incitations fiscales. Selon les enquêtes⁶⁸⁹, la préparation de la retraite est de fait le principal motif de souscription d'une assurance-vie. À cet égard, les provisions mathématiques des contrats d'assurance-vie français dépassent 1 500 Md€⁶⁹⁰ alors qu'elles sont de l'ordre de 850 Md€ en Allemagne et au total, le patrimoine financier par tête est plus élevé en France qu'en Allemagne⁶⁹¹. Le « troisième pilier » allemand n'est donc pas véritablement plus substantiel qu'en France. Il est seulement plus explicite et davantage porté par un produit-phare d'introduction récente.

688. Cf. note précédente.

689. Enquête de la FFSA et du GEMA sur les motivations de souscription en assurance-vie, mars 2014.

690. Les provisions mathématiques relatives aux différents supports d'assurance-vie sont estimées par la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA), (« *L'assurance vie en mars 2015* »).

691. Étude Allianz, *Global Wealth* report 2014 : 68 890 € par habitant en France contre 63 851 € par habitant en Allemagne.

B - Une application différenciée des principes de contributivité et de solidarité

1 - Un poids des cotisations retraite dans le coût du travail équivalent dans les deux pays pour des situations comparables

En France, pour le régime de base, une partie de la cotisation est calculée sur le salaire déplafonné (1,80 % de cotisation patronale et 0,30 % de cotisation salarié) et l'essentiel sur le salaire plafonné (le plafond de la sécurité sociale s'élevant à 3 170 € par mois en 2015), au taux de 8,50 % pour la part patronale et 6,85 % pour la part salariale. Le taux de cotisation total du régime de base est donc, sous le plafond, de 17,45 %.

Pour le régime de base *DRV*, en Allemagne, le taux global de cotisation à l'assurance légale sur la rémunération brute (sous un plafond équivalent au double du salaire moyen, soit 6 050 € mensuels) était au 1^{er} janvier 2015 de 18,7 % (donc voisin du taux français), réparti à parité entre les employeurs et les salariés, selon une clé de répartition inchangée depuis l'origine.

S'agissant des retraites complémentaires, le calcul des cotisations des régimes AGIRC-ARRCO fait intervenir plusieurs taux selon les tranches de revenus et le régime concerné. Au total, pour l'ensemble des pensions versées (base et complémentaire), dans le cas-type d'un non-cadre du secteur privé⁶⁹², le taux de cotisation effectif global, cotisations patronales et cotisations patronales confondues, est selon le Conseil d'orientation des retraites de 25,5 %⁶⁹³ (hors AGFF⁶⁹⁴) et de 27,5 % en l'incluant. Dans le cas d'un cadre au maximum de cotisation, soit une rémunération de 8 plafonds de la sécurité sociale, le taux de cotisation total s'établit à 24,3 % et à 25,2 % (hors AGFF) pour une rémunération atteignant quatre fois le plafond.

En Allemagne, lorsqu'une retraite complémentaire existe, le taux de cotisation des employeurs varie avec chaque entreprise, l'employeur assurant l'essentiel du financement. Selon le *Sozialbudget* 2013, les

692. Cas type n° 2 du COR rémunéré à 0,9 fois le salaire moyen par tête.

693. Rapport annuel du COR, juin 2014, page 46. Le calcul intègre les parts patronales et salariales du régime général (CNAVTS) et de l'ARRCO, hors AGFF.

694. L'association pour la gestion du fonds de financement (AGFF) est un organisme gérant les fonds servant à financer les départs en retraite de salariés n'ayant pas atteint l'âge suffisant pour bénéficier d'une retraite complémentaire à taux plein, mais ayant cotisé le nombre de trimestres requis.

salariés du secteur privé contribuaient à hauteur de 4,5 Md€ seulement sur un total de 35 Md€ de cotisations ; les contractuels de la fonction publique cotisaient à leur régime spécifique à hauteur de 1 Md€ seulement sur un total de 17 Md€ de cotisations.

Une étude de l'Institut d'économie de Cologne⁶⁹⁵ évalue le surcroît de coût correspondant, dans l'industrie, à 5,6 % des salaires des entreprises à l'Ouest et à 2,6 % à l'Est, soit au total à 5,3 % en moyenne en Allemagne. Un salarié du secteur privé sur deux acquérant des droits à une couverture complémentaire, cette estimation suggère que celle-ci appelle en moyenne un prélèvement de l'ordre de 10 % sur le salaire brut.

En Allemagne, si la cotisation totale acquittée est de 18,7 % lorsque les entreprises n'offrent pas de complémentaire à leurs salariés, ce taux étant inférieur à celui constaté en France, elle atteindrait ainsi de l'ordre de 28 % si elles l'ont fait (notamment dans l'industrie et les grandes entreprises), ce niveau étant alors équivalent au taux français.

Ces comparaisons ont toutefois une limite : les taux de cotisation ne sont pas forcément représentatifs de la pression exercée par le financement des retraites sur la compétitivité de l'économie du point de vue de l'entreprise, dans la mesure où interviennent, particulièrement en France, des mesures d'allègement de charges sur les salaires jusqu'à 1,6 SMIC⁶⁹⁶, alors qu'ils sont concentrés en Allemagne sur les « mini » et « midi-jobs » (jusqu'à 850 € mensuels).

2 - Une part plus importante en France qu'en Allemagne des prélèvements assis sur les salaires pour financer les retraites du secteur privé

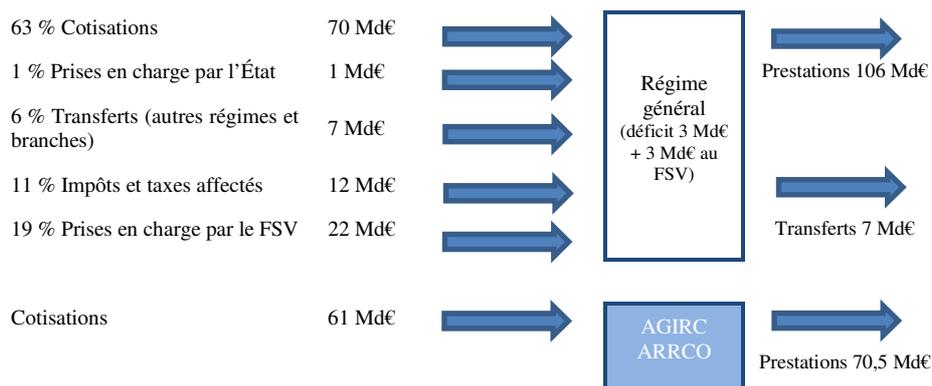
S'agissant du régime général des salariés du secteur privé, les cotisations représentent 63 % des 105 Md€ de recettes des régimes de base et complémentaires, comme le montre le tableau ci-après. Le solde est constitué de prises en charge de cotisations et de prestations par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de transferts de la branche famille et d'autres régimes de sécurité sociale, de contributions sociales et d'autres impôts et taxes affectés, sans pour autant équilibrer le régime, son déficit représentant 9 % des recettes. Si l'on étend le périmètre aux retraites

695. *Die Struktur der Arbeitskosten in der deutschen Wirtschaft*, Christoph Schröder, mai 2014.

696. Voir chapitre IV du présent rapport : les cotisations sociales : une place prépondérante mais en déclin dans le financement de la sécurité sociale, une cohérence et une lisibilité à rétablir.

complémentaires AGIRC-ARRCO, les cotisations représentent alors 77 % des ressources des régimes de retraite des salariés.

Schéma ° 4 : financement de la retraite des salariés du secteur privé en France (2013)



Source : Cour des comptes d'après les états financiers de la branche vieillesse du régime général de sécurité sociale et des régimes complémentaires AGIRC-ARRCO).

Une analyse de nature plus économique est possible en prenant en compte l'assiette sur laquelle sont prélevées les contributions sociales et les concours financiers du FSV, de la branche famille et d'autres régimes. Une part prépondérante de ces ressources est assise sur une assiette salariale⁶⁹⁷. Après prise en compte de celle-ci, le financement de la branche vieillesse du régime général de sécurité sociale repose à 79 % sur les salaires⁶⁹⁸. Pour l'ensemble des retraites - base et complémentaires - des salariés du secteur privé, cette part atteint 88 %.

Sur un plan économique, la part du financement des retraites des salariés du secteur privé par des ressources assises sur une assiette non salariale est d'autant plus faible en France, qu'une part prépondérante des impôts et taxes a été affectée au régime général afin de compenser des allègements de cotisations sociales, même si le lien juridique de cette affectation a été par la suite rompu (2011). Pour 2014, l'ACOSS estime à 8,2 Md€ le coût des allègements de cotisations sociales d'assurance

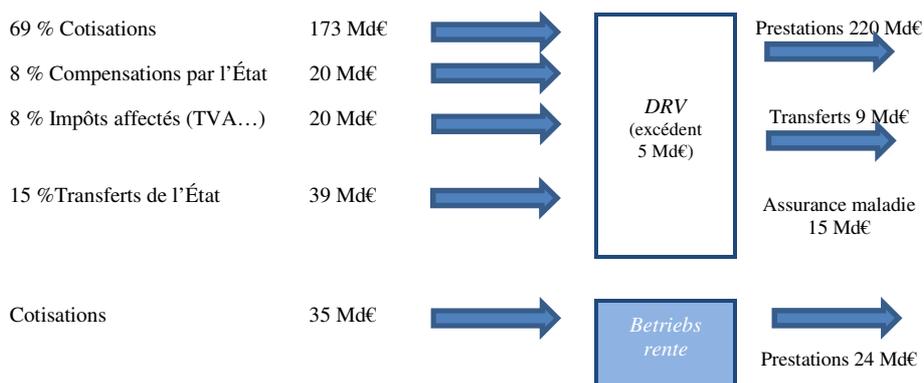
697. À titre principal, le FSV est financé par la CSG, dont une part prépondérante est assise sur les revenus d'activité (salaires et revenus professionnels des travailleurs indépendants). La branche famille est principalement financée par des cotisations sociales et par la CSG. Les cotisations sont la principale ressource des autres régimes.
698. Ce pourcentage n'intègre pas la taxe sur les salaires affectée à la CNAVTS de manière directe et indirecte (par l'intermédiaire du FSV), car elle constitue un substitut à la TVA pour certains secteurs d'activité économique.

vieillesse, historiquement compensés par des impôts et taxes affectés, soit un montant supérieur à ces derniers (7,1 Md€).

Dans le régime légal allemand des concours publics assurent comme en France la prise en charge de prestations ne relevant pas directement de l'assurance, ou correspondent à des contributions acquittées par l'État lui-même. On distingue d'une part :

- les subventions de l'État fédéral (*Bundeszuschüsse*), représentant en 2014 près de 60 Md€, qui correspondent à la prise en charge de différentes dépenses relevant de la solidarité : validation de périodes de maladie, départs à la retraite avant 65 ans sans décote. Depuis la fin des années 1990, cet apport de la puissance publique s'est accru d'une subvention dite additionnelle, provenant d'un point de TVA affecté, auquel s'est ajouté en 2000 le produit d'une taxe sur l'énergie acquittée par les entreprises les plus polluantes. Chacune de ces deux composantes représente en 2014 environ 10 Md€ ;
- des « compensations spécifiques » (20 Md€ environ) : subvention d'équilibre à hauteur de 5,5 Md€ en 2014 aux régimes spéciaux intégrés à l'assurance légale (cheminots, mineurs, marins etc.⁶⁹⁹), compensation des points attribués aux mères pour compenser l'effet de l'éducation des enfants sur leur vie professionnelle (11,5 Md€ en 2014), prise en charge de diverses dépenses liées à la réunification⁷⁰⁰ (4 Md€ en 2014).

Schéma ° 5 : financement de la retraite des salariés du secteur privé en Allemagne (2013)



Source : Cour des comptes d'après la DRV (hors Knappschaft) et le BMAS.

699. Le régime de base allemand des exploitants agricoles, qui n'est pas intégré au régime de base, fait aussi l'objet d'un transfert budgétaire de la part de l'État fédéral.

700. Paiement de pensions acquises au titre de régimes spéciaux de l'ex-République démocratique d'Allemagne (RDA).

La *DRV* est financée à 69 % par des cotisations et à 31 % par des concours publics. Si l'on prend en compte la retraite complémentaire (*Betriebsrente*), le taux de financement du système par les cotisations atteint 72 %.

Dans la mesure où les recettes du budget fédéral allemand ne pèsent pas substantiellement sur le coût du travail, ces taux apparents sont vraisemblablement proches de la proportion du financement pesant effectivement sur le coût du travail en Allemagne⁷⁰¹. Ils sont nettement inférieurs à ceux observés en France.

Par ailleurs, les coûts de gestion sont assez comparables dans les deux pays entre le régime général français (où ils se montent à 1,2 % des dépenses) et la *DRV* (1,4 % des dépenses). Les coûts de l'AGIRC ARRCO sont plus élevés (1,7 % des cotisations).

3 - En Allemagne, des transferts moins importants qu'en France au bénéfice des autres régimes de base

Dans les deux pays, l'existence de régimes particuliers aux côtés du régime général soulève des questions spécifiques de financement, lorsque ces derniers font face à une démographie particulièrement défavorable. Des transferts et des mécanismes de solidarité inter-régimes ont ainsi été mis en place.

En 2013, les transferts de compensation entre régimes de base en France ont représenté près de 8 Md€ (essentiellement au bénéfice des régimes agricoles et à partir du régime général). Les subventions de l'État aux régimes spéciaux ont atteint 7,6 Md€, bénéficiant selon les données du COR principalement aux régimes de la SNCF (43,6 %), des ouvriers d'État (17,4 %), des mines (17,4 %), des marins (11 %) et de la RATP (8,2 %), qui servent une pension à environ 900 000 personnes au total.

En Allemagne, selon le rapport de la *DRV* pour l'année 2013, des pensions d'un total de 7,6 Md€ ont été versées au titre du régime spécial intégré des mineurs, cheminots et marins, dont un peu plus de 70 % du montant global est financé par une subvention de l'État fédéral (soit 5,5 Md€) et environ 20 % par un transfert de compensation inter-régimes. Les retraites du régime spécial des entrepreneurs agricoles - 2,8 Md€ en 2011 - ne sont pas non plus couvertes par les cotisations et bénéficient d'une subvention de l'État fédéral d'un montant de 2,2 Md€. Ainsi, les

701. Le budget fédéral est principalement alimenté par l'impôt sur le revenu, la TVA et l'impôt sur les sociétés, sans recettes substantielles assises sur une assiette salariale.

subventions aux régimes spéciaux sont du même ordre de grandeur en France et en Allemagne, mais les transferts de compensation sont plus élevés dans notre pays, sous l'effet principalement d'un nombre de bénéficiaires plus important dans les régimes agricoles.

Tableau n° 90 : transferts de l'État et des régimes de sécurité sociale vers d'autres régimes en 2013

	France	Allemagne
Transfert de l'État vers les régimes spéciaux	7,6 Md€ (900 000 bénéficiaires)	5,5 Md€ (mineurs-cheminots-marins), 1 million de bénéficiaires, 2,2 Md€ (exploitants agricoles), 600 000 bénéficiaires
Transferts entre régimes vers les régimes spéciaux	8 Md€, essentiellement en faveur de 3,3 millions de bénéficiaires des régimes agricoles	2,3 Md€ pour 1,7 million de bénéficiaires

Source : Cour des comptes d'après des données de la DREES, de la DRV et du budget fédéral.

Les retraites des fonctionnaires en France et en Allemagne

La fonction publique d'État⁷⁰² constitue dans les deux pays un enjeu financier comparable en montant (44 Md€ de prestations en Allemagne en 2013 pour 1,7 million de pensionnés, 47 Md€ en France pour 2,2 millions de pensionnés), alors même que les fonctionnaires allemands sous statut sont moins nombreux.

Le droit allemand établit une différence de principe entre les retraites de droit commun, qui n'ont pas pour objectif un maintien relatif du niveau de vie et la retraite des fonctionnaires, qui conserve cet objectif dans une certaine mesure (*Alimentationsprinzip*). Ainsi, les fonctionnaires d'État allemands (*Beamten*) obtiennent pour chaque année de carrière 1,79375 % de la rémunération correspondant à leur dernier poste (assiette : traitement de base + une partie des primes variable selon les professions), avec un maximum de 71,75 % (correspondant à 40 ans d'activité), mais leur durée minimale d'affiliation s'accroît dans l'ensemble en cohérence

702. En Allemagne, seule une minorité de salariés du secteur public (1,7 million) a le statut de fonctionnaire. Les fonctionnaires peuvent être employés aussi bien par l'État fédéral que par des collectivités locales ; leur régime de retraite inclut aussi les juges et les militaires qui relèvent par ailleurs d'un statut spécifique. La majorité des postes du secteur public sont occupés par des contractuels (environ 5 millions de personnes).

avec celle du régime légal⁷⁰³. Ce calcul ne fait pas intervenir de plafond, à la différence de celui de la *DRV*. Selon une récente étude, les taux de remplacement nets effectifs s'étageraient entre 65 % et 74 %⁷⁰⁴. Depuis un changement constitutionnel survenu en 2006, les paramètres du régime allemand pour les futurs retraités peuvent donc varier selon que leur employeur est l'État fédéral, tel ou tel *Land*, ou telle ou telle commune.

Le budget fédéral allemand assure entièrement la charge des pensions des fonctionnaires retraités, les fonctionnaires allemands ne versant pas de cotisations. À l'inverse, les fonctionnaires français acquittent une cotisation (9,54 % en 2015, avec un alignement progressif en cours sur celles du secteur privé jusqu'à 10,80 % en 2020), qui complète celle de l'État employeur. Si 35 Md€ sont effectivement directement supportés par l'État employeur, les cotisations des fonctionnaires apportent au régime des pensions 12 Md€.

Pour les fonctionnaires français, au terme de la durée de cotisation du droit commun, un taux de 75 % s'applique, mais au dernier traitement indiciaire brut hors primes, celles-ci pouvant représenter un niveau substantiel de la rémunération. Comme en Allemagne, il n'existe pas de plafond. Il en résulte, en France, une grande disparité de taux de remplacement selon les types de profil, de 50 % à 75 %⁷⁰⁵.

L'âge effectif de départ des fonctionnaires allemands n'est pas significativement différent de celui des autres actifs selon le *BMAS*. En France au contraire, un écart de deux ans est à relever au bénéfice des fonctionnaires⁷⁰⁶. Compte tenu d'une proportion plus forte d'emplois à rémunération élevée dans la fonction publique allemande par rapport à la fonction publique française, la pension moyenne y est supérieure de près

703. Les fonctionnaires d'État allemands doivent en règle générale se voir appliquer les réformes du régime légal, telles que le recul des bornes d'âge et les minorations pour départ anticipé de droit commun décidées en 2004, « ou des mesures équivalentes ». Or, la mise en œuvre de ce principe ne s'est concrétisée qu'inégalement et avec retard, en particulier du fait qu'il appartient parfois aux *Länder* ou aux communes, employeurs de la grande majorité des fonctionnaires, de le faire. La possibilité d'anticiper à 63 ans le départ en retraite n'a pas été transposée aux fonctionnaires.

704. *Reformen der Beamtenversorgung aus ökonomischer Perspektive, DRV*, janvier 2015, S. Walther.

705. « Hétérogénéité des taux de remplacement dans la fonction publique d'État », document du COR examiné lors de sa séance du 21 novembre 2012.

706. Notamment en raison des spécificités des agents dits « actifs ». Ces spécificités existent aussi en Allemagne, où elles sont progressivement réduites, mais ne s'appliquent qu'à un cercle plus restreint (policiers, militaires), le personnel hospitalier ne bénéficiant généralement pas du statut de fonctionnaire.

d'un quart (de l'ordre de 2 300 € par mois en Allemagne⁷⁰⁷ contre 1 900 € par mois en France). La pension des fonctionnaires allemands est intégralement fiscalisée, à la différence de celles des retraités de la *DRV* (voir *infra*) ; le régime français n'opère quant à lui pas de distinction avec les autres retraités, toutes les pensions étant soumises à l'impôt sur le revenu.

II - Des réformes d'intensité différente, une situation contrastée des retraités

A - Des réformes qui ont mobilisé tous les leviers dans les deux pays, mais selon un rythme et une ampleur différents⁷⁰⁸

1 - En France, une succession de réformes paramétriques avec un objectif de soutenabilité accrue

En France, le Livre blanc sur les retraites a mis publiquement en lumière pour la première fois en 1991 le constat des grandes difficultés prévisionnelles de soutenabilité du système de retraites du fait des évolutions démographiques. Les premières réformes de grande ampleur sont intervenues en 1993, sans attendre l'apparition de déficits : changement des règles de calcul des pensions (indexation des salaires portés au compte de carrière sur les prix et non plus sur les salaires, prise en compte de la moyenne des salaires des 25 meilleures années au lieu des 10 meilleures), modification des modalités de revalorisation des retraites (indexation sur les prix au lieu des salaires), augmentation de la durée d'assurance de 37,5 à 40 ans.

Par la suite, des ajustements paramétriques sont intervenus régulièrement, portant sur un champ diversifié :

- poursuite de l'accroissement progressif de la durée d'assurance, passant de 40 à 41,5 ans (réforme de 2003), puis à 43 ans pour la génération née en 1973 (réforme de 2014) ;

707. *Fachserie 14, Reihe 6.1, Statistisches Bundesamt.*

708. Un tableau détaillé des réformes intervenues dans les deux pays est présenté en annexe.

- recul progressif, mais rapide, de l'âge de la retraite, passant sur six années de 60 à 62 ans en 2017. L'âge d'obtention du taux plein a reculé parallèlement de 65 à 67 ans (loi du 9 novembre 2010 et loi de financement de la sécurité sociale pour 2012) ;
- modifications temporaires du mode d'indexation des pensions (depuis le changement intervenu en 1993) : gel d'un an en 2014 (dans un contexte de faible inflation) et accords de sous-indexation portant sur certaines années à l'AGIRC-ARRCO (notamment en 1996 et en 2014) ;
- hausses de cotisations, tant à l'AGIRC-ARRCO que dans le régime général, assez sensibles au début des années 1990, plus modérées ensuite.

Par ailleurs, comme déjà indiqué, le développement de l'épargne retraite individuelle a été encouragé en 2003, avec un succès limité.

En termes de répartition de la charge des réformes entre les parties prenantes, c'est la réforme des modalités d'indexation intervenue en 1993 qui a eu les effets les plus massifs⁷⁰⁹. Ceux-ci ont été supportés à la fois par les assurés déjà retraités (au titre de l'indexation des pensions) et par les retraités futurs (au titre de l'indexation des salaires portés au compte de carrière). Par la suite, les réformes du régime de base ont peu mis à contribution les retraités et ont fait porter l'essentiel de l'effort sur les actifs par le recul des bornes d'âge⁷¹⁰.

709. INSEE, *Vingt ans de réforme des retraites, quelle contribution des règles d'indexation ?*, avril 2014. Selon le modèle DESTINIE, dans un scénario macroéconomique médian, en l'absence de réformes, les retraites auraient représenté 15,6 % du PIB en 2010 et 20,5 % du PIB en 2060. La réforme des modalités d'indexation des salaires et des pensions versées de 1993, à elle seule, aurait permis de ramener cette part à 14,4 % en 2010 et 15,6 % en 2060. Les autres réformes auraient permis de la limiter à 13,8 % en 2010 et à 13 % en 2060.

710. À l'exception des plus récentes intervenues en 2014 : gel des retraites, fiscalisation de la majoration de 10 % et modification du calcul du taux de CSG applicable.

2 - En Allemagne, des réformes visant plus explicitement à préserver la compétitivité des entreprises

À la fin des années 80, les prévisions ont fait apparaître que, compte tenu de ses paramètres, pour certains sans équivalent en France⁷¹¹, le régime légal n'était pas viable, sauf à porter le taux de cotisation à 40 % à horizon de 2030 pour le financer⁷¹². La réunification a toutefois différé la réforme jusqu'en 1992, si bien que les deux pays ont adopté au même moment de premières mesures de grande ampleur d'adaptation de leurs systèmes de retraites.

Soumise à des perspectives démographiques nettement plus dégradées que la France (voir *infra*), l'Allemagne a fait d'emblée, en 1992, le choix de reculer à compter de 2001 l'âge de départ en retraite sans décote de 60 ans pour les femmes et 63 ans pour les hommes (avec 35 ans de cotisation) à 65 ans dans le cas général⁷¹³.

À partir de la fin des années 1990, dans un contexte économique dégradé, l'Allemagne a fait un ensemble de choix économiques plaçant la préservation de la compétitivité des entreprises au premier rang des priorités, y compris en matière de niveau et de financement des retraites. Cette évolution est intervenue en trois étapes :

- tout d'abord, la réforme *Bliim* de la fin des années 1990 a mis en œuvre une forte hausse des concours de l'État à la *DRV* dans le but de baisser le taux de cotisation à la retraite légale (lesquels ont été alors plafonnés à 24 %) et a mis fin à l'indexation sur les salaires bruts au profit d'une indexation sur les salaires nets, référence moins favorable compte tenu de l'évolution des taux de cotisation ;
- depuis la réforme *Riester* de 2001, les pensions ont été revalorisées à nouveau en fonction des salaires bruts, mais aussi des dépenses des salariés au titre de leur plan *Riester*⁷¹⁴. En contrepartie, un soutien à la capitalisation privée a été mis en œuvre. Les plans *Riester* sont ainsi apparus comme appelés à contrebalancer la quasi-totalité de la baisse anticipée du taux de remplacement dans le régime légal (baisse

711. Les années d'école et de formation au-delà de 16 ans étaient prises en compte dans le calcul de la durée d'assurance, à concurrence de treize années.

712. Pr. B. Rürup, in *Les réformes de la protection sociale en Allemagne*, 2013, DREES-CIRAC.

713. Cette borne ne jouant toutefois pas un rôle identique dans les deux pays (voir *infra*).

714. Ce facteur qui conduisait à réduire la retraite légale au fur et à mesure que progresserait la capitalisation privée est abandonné depuis 2013.

évaluée alors à 10 points à l'horizon 2030, 12 à 13 points à l'horizon 2040⁷¹⁵), sous réserve que les bénéficiaires y investissent le montant cible (1 % en 2001, porté progressivement à 4 % à partir de 2008) ;

- en dernier lieu, le mode d'indexation a à nouveau été modifié en 2004 afin de prendre en compte également l'évolution du rapport entre actifs et retraités (*Nachhaltigkeitsfaktor*).

Avec ces deux dernières réformes, l'Allemagne a assumé ouvertement que la retraite légale n'avait plus pour objectif de maintenir un niveau de revenus proche de celui obtenu pendant la vie active (un taux de remplacement de l'ordre de 70 % constituait jusqu'alors une référence implicite)⁷¹⁶. Les principes fondamentaux du régime n'ont pas été modifiés (régime obligatoire financé par répartition sur la base de cotisations et de subventions de l'État), mais la préservation du pouvoir d'achat des retraités actuels et futurs a été considérée comme un objectif moins prioritaire que celui de compétitivité économique.

Par la suite, les réformes ont joué de nouveau sur les bornes d'âge, avec en 2007 le recul progressif à 67 ans de l'âge de départ à taux plein et le passage de 43 à 45 ans de la durée d'assurance pour une retraite sans décote. Ce recul des bornes d'âge de deux ans (de 65 à 67 ans pour l'âge légal du taux plein, de 43 à 45 ans pour la durée d'assurance) ne prendra toutefois effet que pour la génération 1964.

Les travaux statistiques de la *DRV* montrent que ce sont les réformes de 1992 consistant à reculer progressivement l'âge de la retraite à taux plein à 65 ans à compter de 2001 (et donc portant sur les actifs partant en retraite après cette même année) qui ont eu l'impact le plus important en matière de soutenabilité. Pour autant, les retraités allemands ont été très significativement mis à contribution dans les réformes successives : changement de mode d'indexation qui a entraîné une baisse en termes réels du montant de leurs pensions, report sur les retraités de la totalité de la cotisation dépendance, report du paiement des pensions des nouveaux entrants en fin de mois. En outre, il est mis fin de manière progressive à leur régime fiscal privilégié.

En définitive, soumise à des perspectives démographiques nettement moins favorables et cherchant à réduire la charge du financement des retraites sur le coût du travail, l'Allemagne a joué sur les

715. Évaluation du *Sachverstaendigenrat*, 2004.

716. Une présentation actualisée des perspectives d'évolution du taux de remplacement, avec et sans effet de la capitalisation *Riester* théorique de 4 % par an, est fournie chaque année par le *BMAS* dans un rapport public.

mêmes paramètres que la France (bornes d'âge, indexation) et dans un calendrier comparable, mais de manière sensiblement plus appuyée.

Dans les deux pays, des formes récentes et ciblées d'assouplissement des conditions d'âge

Dans les deux pays, les conditions d'âge ont été assouplies de manière ciblée au début des années 2010.

En Allemagne, ces assouplissements pouvaient se fonder sur près de dix ans d'excédents de l'assurance légale. Le *Rentenpaket*, d'un coût annuel de 9 Md€ dès 2015 pour atteindre jusqu'à 11 Md€ en 2030, a consisté à abaisser l'âge plancher de liquidation au taux plein pour les assurés totalisant 45 années de cotisation, cet âge étant ramené de 65 à 63 ans (pour la génération 1953), puis appelé à remonter progressivement (pour atteindre de nouveau 65 ans pour la génération 1964) et à attribuer un point supplémentaire par enfant aux femmes ayant élevé des enfants (*Mütterrente*) nés avant 1992, cette seconde mesure étant la plus coûteuse.

Les deux mesures n'ont que des effets transitoires, afin de ne pas dégrader la soutenabilité de long terme du régime.

En France, le décret de juillet 2012, d'un coût estimé à 3 Md€ pour les régimes de base en cumul jusqu'en 2017, a élargi le dispositif « carrières longues » introduit par la réforme de 2003 et ouvrant des possibilités de départ à la retraite avant l'âge légal, mais, à la différence de l'Allemagne, dans un contexte de déficit récurrent et non d'excédent. À terme, cette dépense supplémentaire devrait toutefois voir son incidence contrebalancée par la réforme de 2014 augmentant les cotisations et poursuivant l'augmentation de la durée d'assurance.

B - Des conditions d'accès et des prestations souvent plus favorables en France

Le régime de base français est moins avantageux que le régime légal allemand sur le point important du niveau des plafonds. Il apparaît en revanche plus favorable sur plusieurs points déterminants : âge de départ à la retraite à taux plein, prise en compte du chômage, existence de minima.

1 - Des retraites de base plafonnées à un niveau inférieur en France

Le calcul de la retraite légale allemande fait intervenir un plafond au niveau du double du salaire moyen, qui revient à plafonner les pensions à 2 645 € par mois (en 2015, *Länder* de l'Ouest). Par comparaison, la retraite de base française est plafonnée à un demi-plafond de la sécurité sociale, soit 1 585 € par mois (en 2015).

2 - Des possibilités de départ plus précoces en France, mais un avantage appelé à se réduire

Là où en France le débat sur les retraites se concentre sur un âge de départ en retraite relativement bas (62 ans dès 2017), alors même qu'une partie significative des assurés devra accepter une décote pour liquider ses droits à cet âge, l'Allemagne a longtemps préféré communiquer sur un âge de départ sans décote tardif au terme des réformes en cours (67 ans en 2031).

Bien que l'âge de départ à la retraite soit relativement bas en France, les situations sont en réalité plus proches qu'il n'en paraît au premier abord. En outre, les bornes d'âge et la durée d'assurance n'interagissent pas de la même manière dans les deux systèmes.

En France, dans le régime général, la pension peut être liquidée dès l'atteinte de l'âge minimum de départ (61 ans et 7 mois pour la génération 1954, 62 ans pour la génération 1955) sur la base de la rémunération moyenne perçue au cours des 25 meilleures années de la carrière. Si la durée d'assurance est inférieure à la durée de référence maximale (qui augmente de 165 trimestres pour la génération 1954 à 172 pour la génération 1973), une décote⁷¹⁷ de 5 % par année d'assurance manquante est appliquée au taux de liquidation, sauf lorsque l'âge du « taux plein » est atteint (67 ans pour la génération 1955). Pour le calcul de la pension, le montant obtenu est ensuite affecté d'un coefficient rapportant la durée d'assurance effective à la durée d'assurance maximale. Un départ à 60 ans est possible dans certains cas (carrière longue commencée jeune).

En Allemagne, à l'issue des dernières réformes, les conditions d'âge interagissent de manière différente comme le montre le tableau ci-après.

717. Les décotes et surcotes du régime général ne fonctionnent pas de la même manière dans les deux pays. En France, décote et surcote sont symétriques (une décote de 5 % par année manquante s'appliquant au taux de liquidation, une surcote de 5 % par année supplémentaire au montant de la pension). En Allemagne, la décote est de 3,6 % par année manquante, tandis que la surcote est de 6 % par année supplémentaire, ce qui est dans les deux cas plus avantageux qu'en France.

Tableau n° 91 : les conditions d'âge dans le régime légal allemand

	Génération 1950	Génération 1964 (terme de la réforme)
Cas général, à partir de 5 années de cotisation	65 ans Pas de liquidation anticipée possible même avec décote	67 ans Pas de liquidation anticipée possible même avec décote
Carrière « particulièrement longue » : au moins 45 ans d'assurance	63 ans si 45 ans d'assurance Pas de liquidation anticipée possible même avec décote	65 ans si 45 ans d'assurance Pas de liquidation anticipée possible même avec décote
Carrière « longue » : au moins 35 ans d'assurance Chômeurs avec au moins 15 ans d'assurance	65 ans Liquidation anticipée possible (dès 63 ans) avec décote de 3,6 % par an	67 ans Liquidation anticipée possible (dès 63 ans) avec décote de 3,6 % par an

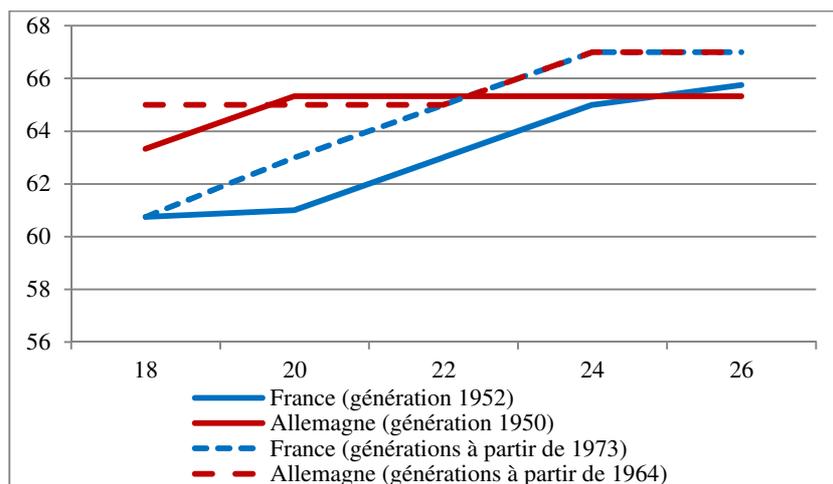
Source : Cour des comptes d'après la DRV. La durée d'assurance s'entend tous régimes. Les lignes du tableau relatives à la carrière « particulièrement longue » et à la carrière « longue » retracent l'effet du « Rentenpaket » de 2014.

Au total, les statistiques relatives à l'âge effectif de départ à la retraite font apparaître un écart de l'ordre de deux années entre les deux pays : selon les données du COR, les retraités du régime général nés entre 1938 et 1946 ont en moyenne liquidé leurs droits à 61,5 ans ; cet âge a atteint 62 ans en 2013. Le dernier rapport annuel de la DRV montre que la majorité des assurés allemands liquide ses droits à 65 ans et que la moyenne est de l'ordre de 64 ans.

Les simulations effectuées par le COR⁷¹⁸ sur la base d'une carrière complète mettent en évidence qu'à l'issue des réformes en cours dans les deux pays (à l'échéance plus proche en Allemagne qu'en France car portant sur la génération née en 1964 au lieu de 1973), seules les personnes ayant commencé à travailler de manière précoce bénéficieront encore en France d'un avantage significatif.

718. Les facteurs de modulation du montant de la pension selon l'âge de départ à la retraite et la durée validée en France et à l'étranger, COR, 25 novembre 2014. Ces simulations reposent sur l'hypothèse de carrières complètes.

Graphique n° 36 : âge de départ à taux plein possible en fonction de celui de début d'activité ; génération partant à la retraite actuellement et au terme des réformes en cours



Note de lecture : en abscisse, âge de début d'activité, en ordonnée, âge de la retraite à taux plein, en prenant pour hypothèse une carrière complète. Au terme des réformes en cours, un Français ayant commencé à travailler à 20 ans partira au taux plein à 63 ans, un Allemand à 65 ans ; pour un début d'activité à 22 ans ou plus, tous deux partiront au même âge (67 ans à partir de 24 ans).

Source : COR, Cour des comptes.

Cet écart en faveur des retraités français, dans il est vrai un contexte démographique plus favorable, tend cependant à se resserrer, ce que corrobore le « *Ageing report 2015* » de la Commission européenne, qui prend en compte un indicateur d'âge de sortie du marché du travail⁷¹⁹.

Tableau n° 92 : âge effectif de sortie du marché du travail, 2014 et projection 2040

	Hommes		Femmes	
	2014	2040	2014	2040
France	60,8	63,1	60,9	63,1
Allemagne	65,1	65,7	64,2	65,3

Source : « Ageing report 2015 ».

719. L'âge de sortie du marché du travail est estimé d'après la variation des taux d'activité et ne coïncide donc pas nécessairement avec l'âge de la liquidation.

3 - Des dispositifs de solidarité dans l'ensemble plus marqués en France au niveau des régimes de base

Dans le système français de retraites, la dimension de solidarité de la retraite est principalement assurée par le régime de base, les régimes complémentaires étant de nature essentiellement contributive. Il en va de même dans les régimes allemands, où la retraite légale concentre l'essentiel des dispositifs relevant de la solidarité.

En France, les périodes de chômage non indemnisé sont prises en compte dans le régime général dans la limite d'un an et demi pour la première période (d'un an ensuite, pour peu qu'elle soit suivie d'une période de cotisation), alors qu'elles ne le sont pas du tout en Allemagne. Les périodes de chômage indemnisé ouvrent droit à la retraite dans les deux pays, mais la durée maximale d'indemnisation est plus longue en France⁷²⁰, ce qui accroît les droits susceptibles d'être acquis durant une période de chômage prolongé. En outre, en France, le montant de l'allocation chômage n'a pas d'incidence sur le calcul de la retraite, alors qu'en Allemagne, les points acquis au cours des périodes de chômage font l'objet d'un abattement de 20 % qui se répercute donc *in fine* sur la pension versée.

S'agissant des minima de pension, il existe en Allemagne uniquement un minimum social vieillesse (*Grundsicherung im Alter*), de même montant que les minima sociaux attribués aux demandeurs d'emploi ayant épuisé leurs droits à indemnisation⁷²¹, attribué aux personnes dont les revenus mensuels sont inférieurs à 773 €⁷²². Son montant prend en compte, à la différence des prestations françaises, la

720. La durée maximale de chômage indemnisé est de 12 mois en Allemagne pour les moins de 50 ans et jusqu'à 24 mois au-delà. Elle est en France de 24 mois pour les moins de 50 ans et jusqu'à 36 mois au-delà.

721. L'accord de coalition actuel prévoit d'examiner dans la législature l'opportunité d'instaurer un minimum de pension plus élevé que le minimum social actuel, dont le bénéfice serait réservé aux personnes ayant une durée minimale d'assurance.

722. En 2010, cette allocation concernait 412 000 bénéficiaires.

situation du bénéficiaire au regard du logement⁷²³, ce qui conduit fréquemment à le réduire. En France, il existe deux dispositifs de soutien aux petites pensions : un minimum de pension contributif, permettant d'élever le niveau des pensions à taux plein jusqu'à une valeur plancher de 629 € par mois⁷²⁴, ainsi qu'un minimum vieillesse (allocation de soutien aux personnes âgées et dispositifs antérieurs), attribué indépendamment de la carrière des affiliés. Fortement revalorisé, il atteint 800 € par mois pour une personne seule en 2014⁷²⁵. L'ensemble constitue un filet de sécurité plus substantiel qu'en Allemagne.

Avantages familiaux et droits conjugaux

En France, selon le rapport⁷²⁶ réalisé, en application de la loi de janvier 2014, sur les droits familiaux conçus pour compenser l'effet sur la retraite des femmes des périodes liées à la naissance et à l'éducation des enfants, la majoration de pension de 10 % à partir du troisième enfant coûte à elle seule 9 Md€ et bénéficie paradoxalement en grande partie aux hommes. En prenant en compte les autres avantages que sont la validation des trimestres des périodes de congé maternité et l'octroi de deux années de durée d'assurance par enfant, le coût total des droits familiaux atteint 14,7 Md€ par an (hors coût des départs à la retraite anticipés pour famille nombreuse).

723. Il repose sur un forfait de 391 € censé couvrir certaines dépenses de base (alimentation, habillement etc.), auquel sont ajoutées les dépenses hors forfait (principalement chauffage et loyer dans le cas d'un locataire) et retranchés les revenus perçus (dont l'allocation logement, alors qu'en France, l'aide au logement social se cumule avec le minimum contributif). Une personne âgée propriétaire de son logement et percevant déjà 300 € de pension de réversion recevra ainsi 126 € de complément au titre de la « *Grundsicherung* » ; si elle est locataire et paie 300 € de loyer, elle recevra 426 €. Un Français dans la même situation recevrait environ 500 € dans les deux cas.

724. Au 31 décembre 2013, près de 5 millions de retraités percevaient un complément au titre du minimum contributif, soit 38,7 % du total.

725. L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et les dispositifs qui l'ont précédée (et subsistent pour partie) bénéficiaient en 2012 à près de 564 000 retraités.

726. Rapport au Parlement : *Les droits familiaux de retraite*, B Fragonard, Haut Conseil de la famille, mars 2015.

En Allemagne, il n'existe pas d'équivalent à la majoration de 10 % des pensions, mais des points gratuits sont attribués aux femmes au titre de l'éducation des enfants⁷²⁷ et des années validées à cette occasion pour la retraite (trois années contre deux en France), pour un coût annuel comparable, de l'ordre de 11,5 Md€.

Dans les deux pays, le conjoint survivant a accès, sous condition de ressources dans le régime de base, à une pension de réversion comparable, quoique versée à un âge inférieur en Allemagne : de 54 % en France après 55 ans (le cas échéant avec des majorations) et de 55 % à 60 % selon les cas en Allemagne, après 47 ans (25 % avant 47 ans). Dans les deux pays, les régimes complémentaires reproduisent un schéma analogue, quoique sans condition de ressources en France, ce qui n'est pas systématiquement le cas en Allemagne⁷²⁸.

Le coût total des pensions de réversion est évalué par Eurostat à 35 Md€ en France (soit 11 % des dépenses de pensions de retraites) et à 54 Md€ en Allemagne (soit 16 % de ces mêmes dépenses). Côté allemand, cet écart est dû à un moindre taux d'activité des femmes des générations anciennes, à la possibilité de percevoir plus tôt la pension et à un écart plus important entre les retraites des hommes et des femmes, qui conduit à verser, dans le cas général où le conjoint survivant est féminin et compte tenu de la condition de ressources, une pension de réversion plus élevée.

4 - Un mécanisme d'indexation dans les faits plus favorable aux retraités en France

En France, les retraites du régime général sont indexées sur l'inflation (hors tabac). L'indexation des retraites complémentaires se fait elle aussi en règle générale sur les prix, hormis le cas où des accords spécifiques prévoient une revalorisation moindre (comme pour 2014 et 2015).

En Allemagne, les retraites de base de la *DRV* évoluent en fonction des salaires bruts, selon une formule qui prend également en compte, depuis 2004, la dégradation du rapport démographique (*Nachhaltigkeitsfaktor*) et a pris en considération entre 2001 et 2013 le

727. Un point par enfant né avant 1992 (porté à deux en 2014 par la réforme de la *Mütterrente*, 3 points par enfant né après cette date).

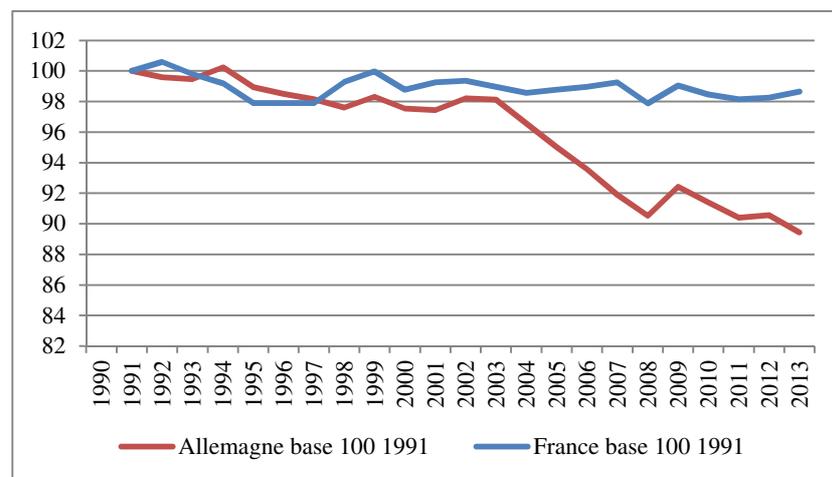
728. La complémentaire des contractuels de la fonction publique accorde ainsi une réversion sous conditions de ressources.

développement des dispositifs d'épargne retraite par capitalisation (*Riester Faktor*)⁷²⁹.

Ce mode de revalorisation des pensions du régime de base a eu un très fort effet de modération dans un contexte de faible progression nominale des salaires bruts.

Les pouvoirs publics ont souhaité en atténuer les conséquences par l'adoption du principe selon lequel les pensions ne pouvaient baisser en termes nominaux, ce qui n'empêchait pas qu'elles diminuent en termes réels. Ainsi, entre 2004 et 2011, les retraités ont connu quatre années de gel des pensions et trois années de revalorisations nettement inférieures à l'inflation. En prenant 1991 comme base 100 (régime de base en France, régime légal en Allemagne), il apparaît, comme le montre le graphique suivant, que les retraités allemands ont perdu près de 10 % de pouvoir d'achat, tandis que celui des retraités français était préservé.

Graphique n° 37 : évolution comparée des pensions en termes réels en France et en Allemagne (1991-2013)



Base 100 en 1991.

Source : Cour des comptes, d'après des données de l'INSEE, de Destatis, de la DREES et de DRV.

Cette évolution est d'abord le reflet d'une stratégie de compétitivité plus générale qui a conduit les entreprises allemandes à

729. Par ailleurs, les retraites d'entreprise allemandes évoluent au moins comme l'inflation, mais cette condition est réputée remplie si une revalorisation de 1 % par an est effectuée ; l'entreprise peut s'y soustraire en fonction de sa situation financière.

comprimer leurs salaires réels bien davantage que leurs homologues françaises entre 2001 et 2008, avec un effet mécanique sur l'indexation des retraites. Ainsi, les salaires réels ont augmenté de près de 10 % en France sur la période, alors qu'ils ont légèrement baissé en Allemagne (-2 %) au cours de la même période⁷³⁰. Les retraites ont progressé encore moins vite que les salaires, d'au moins 5 %⁷³¹.

La situation des retraités en matière de prélèvements fiscaux et sociaux

En Allemagne, les pensions du régime légal ont longtemps été exonérées d'impôt sur le revenu à hauteur de 73 %. En contrepartie, une proportion symétrique des sommes versées au titre des cotisations salariales étaient imposables au titre de l'impôt sur le revenu (bien qu'elles ne fassent plus partie du revenu disponible). Depuis 2005, la proportion exonérée de la retraite décroît pour chaque nouvelle génération de retraités avec pour objectif une imposition complète en 2040⁷³².

Les pensionnés de l'assurance légale acquittent sur leur pension la part salariale des cotisations sociales de l'assurance-maladie (directement prélevée et payée par la *DRV*), ce qui représente 7,3 % de prélèvement sur leur retraite. Les retraités acquittent par ailleurs, seuls, l'intégralité d'une cotisation à l'assurance dépendance de 2,3 % pour les retraités ayant des enfants et de 2,6 % pour ceux qui n'en ont pas. Ces conditions s'appliquent également aux complémentaires d'entreprise.

En France, les retraités disposent de nombreux dispositifs favorables : exemption de l'impôt sur le revenu de certaines prestations (minimum vieillesse) sous condition de ressources, exonération de taxe d'habitation et de contribution au financement de l'audiovisuel public pour les plus de 60 ans, sous condition de ressources, abattement de 10 % pour la détermination de l'assiette de l'impôt sur le revenu...

À la différence des actifs, les retraités acquittent des contributions sociales dont les taux sont modulés en fonction de leurs ressources. Un tiers des retraités est ainsi exonéré de CSG et de CRDS, 13 % d'entre eux acquitte la CSG au taux réduit. Seule une moitié des retraités supporte les taux maximum cumulés de 7,4 % sur la retraite de base et de 8,4 % sur la retraite complémentaire, qui sont inférieurs aux contributions (de 9,6 % à 9,9 %) acquittées par tous les retraités allemands.

730. Eurostat.

731. Rapprochement des données Eurostat et *DRV*.

732. Ainsi, pour les retraités percevant déjà une retraite avant 2005, le taux d'exonération n'est plus que de 50 % et par la suite, jusqu'en 2040, la part de la retraite soumise à impôt sur le revenu augmente de 2 % par an pour chaque nouvelle génération de retraités. La part des cotisations salariales soumises à cet impôt diminue en parallèle, d'ici 2025, de 40 % à 0 %.

C - Des pensions d'un montant comparable pour les femmes, différent pour les hommes

Si l'on compare les seules prestations de droit direct versées par les seuls régimes de base aux retraités du secteur privé, elles apparaissent comparables en Allemagne et en France pour ce qui concerne les femmes, mais supérieures outre-Rhin s'agissant des hommes. L'effet d'un plafond plus élevé en Allemagne qu'en France apparaît ici déterminant.

Tableau n° 93 : retraite moyenne brute de droit direct, régime général français et régime légal allemand en 2013

En euros

	Ensemble	Femmes	Hommes (écart / femmes)	Écart de salaires H/F
France – Régime général ⁷³³	653	585	753 (+29 %)	+19,2 %
Allemagne - DRV ⁷³⁴		571	994 (+74 %)	
Est	760	749	982 (+31 %)	+22,4 %
Ouest		522	1 046 (+100 %)	

Source : Cour des comptes d'après des données de la CNAVTS, de DRV, de l'INSEE et d'Eurostat.

L'écart des pensions de droit direct entre hommes et femmes est très marqué en Allemagne : +74 % contre +29 % en France. En Allemagne, les femmes bénéficient de retraites plus élevées à l'Est, en raison de carrières plus complètes ; c'est l'inverse pour les hommes, le montant du salaire devenant ici déterminant.

Compte tenu des régimes complémentaires obligatoires⁷³⁵ et de l'incidence des régimes spéciaux, le montant des pensions de droits directs tous régimes confondus⁷³⁶ était en 2012 en France selon la DREES de 1 598 € pour les hommes de plus de 65 ans et de 811 € pour

733. Majoration et minimum vieillesse compris.

734. Les données allemandes agrègent aussi les rentes servies pour invalidité, un peu inférieures, mais qui concernent une minorité de personnes.

735. En France, pour une carrière rémunérée au niveau du salaire médian, soit 2 160 € brut par mois, la pension de retraite complémentaire représente 360 € par mois, soit près d'un quart de la pension globale servie par les régimes obligatoires. Cf. Cour des comptes, Rapport public thématique « Garantir l'avenir des retraites complémentaires des salariés (AGIRC-ARRCO) », décembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

736. Sans l'effet de la majoration de 10 % pour enfants qui n'est pas considérée comme un droit direct.

les femmes de plus de 65 ans ⁷³⁷, la pension moyenne pouvant être estimée pour l'ensemble des retraités de plus de 65 ans à environ 1 250 € d'après les données de la DREES.

En Allemagne en revanche, on peut évaluer pour les plus de 65 ans le montant moyen des pensions de droit direct tous régimes confondus à 1071 €, avec un écart très important entre hommes (1 599 €) et femmes (643 €), comme l'indique le tableau suivant. Ce tableau reprend les pensions de droit direct dans les principaux régimes, les correspondances pour la France étant fournies pour la même année à titre indicatif (tous âges de retraités confondus).

737. Champ : tous retraités d'un droit direct ou indirect, source EIR 2012. Le choix de retenir ici les plus de 65 ans est dicté par le souci de comparabilité avec les données allemandes.

Tableau n° 94 : retraite moyenne brute de droit direct versée par les principaux régimes en Allemagne en 2011*En €*

2011	Hommes		Femmes		Ensemble (Allemagne)	Ensemble (France)
	Proportion des retraités de plus de 65 ans concernés	Montant moyen mensuel des droits directs	Proportion des retraitées de plus de 65 ans concernées	Montant moyen mensuel des droits directs	Montant des droits directs (+ de 65 ans)	Montant des droits directs (tous âges de retraités) ⁷³⁸
Retraite légale (France : CNAVTS)	91 %	1 237	89 %	618	890	580
Retraite des fonctionnaires	9 %	2 769	2 %	2 483	2 714	1 985 (civils)
Retraite des libéraux	1 %	2 451	0 %	1 442	2 140	1 909 (2010)-
Retraite des agriculteurs	3 %	463	2 %	288	392	363
Complémentaire des salariés du secteur privé	25 %	584	6 %	204	491	AGIRC 727 ARRCO 308
Complémentaire de la fonction publique	10 %	398	10 %	253	315	Sans objet
Ensemble des droits directs		1 599		643	1 071 moyenne pondérée ⁷³⁹	1 250 (2012)

Source : Cour des comptes d'après des données de la DREES, Alterssicherungsbericht 2012.

L'effet de la réversion atténuée les écarts entre hommes et femmes, d'une même proportion de 37 % dans les deux pays. La retraite moyenne totale tous régimes passe ainsi en France à 1 702 € pour les hommes et à 1 179 € pour les femmes, soit un montant moyen porté à 1 412 €. En Allemagne, les hommes perçoivent en moyenne une retraite de 1 659 €, les femmes de 1 026 €, la moyenne des deux sexes s'élevant à 1 306 € (pour les plus de 65 ans, données 2012).

738. DREES, *Les retraités et les retraites*, 2013.

739. La retraite moyenne tous régimes confondus est ici obtenue par la Cour en effectuant la moyenne des retraites (moyennes) versées par chaque régime, pondérée par la probabilité qu'une personne donnée touche une retraite de ce régime. En raison de différences de méthodes, le résultat de ce calcul doit être comparé avec précaution avec la retraite moyenne tous régimes confondus calculée par la DREES.

Si les pensions des hommes sont ainsi très comparables dans les deux pays, se marque un écart important (de l'ordre de 15 %) entre celles des femmes, dans un sens favorable aux retraitées françaises. Cet écart s'explique pour l'essentiel par des carrières féminines moins complètes en Allemagne qu'en France dans les décennies précédentes. Cette situation est en partie transitoire : dans la période récente, le taux d'activité professionnelle des femmes Outre-Rhin a rejoint et dépassé celui constaté en France. L'introduction de la *Mütterrente* devrait aussi contribuer à une convergence. Ce constat doit toutefois être nuancé par un recours des femmes au temps partiel qui demeure plus marqué en Allemagne (47 % contre 31 % en France) et qui se répercute sur les droits à retraite.

Des travaux de l'INSEE établissent que cet écart de pensions est le principal facteur d'explication de l'écart de niveau de vie constaté entre retraités français et allemands au bénéfice des premiers⁷⁴⁰.

Le niveau de vie des personnes âgées en France et en Allemagne

Le revenu équivalent⁷⁴¹ médian net après impôt et cotisations sociales des personnes de plus de 65 ans (2013, Eurostat) est plus élevé de 19 % en France (21 345 €) qu'en Allemagne (17 904 €).

Le niveau de vie médian des personnes âgées de 65 ans et plus, par rapport à celui des personnes âgées de moins de 65 ans, est de 88 % en Allemagne contre 96 % en France (2011).

Le taux de pauvreté des personnes âgées de plus de 65 ans (2013), de 8,7 % en France, est très inférieur au taux allemand (14,9 %). La situation est inverse pour les jeunes (22,7 % en France contre 18,4 % en Allemagne).

Différents facteurs dont la pondération est délicate conduisent toutefois à nuancer sensiblement les écarts entre la condition des retraités français et allemands. L'OCDE applique ainsi un coefficient de parité de pouvoir d'achat qui conduit à estimer que le même panier de biens et services peut être acheté en Allemagne à un coût inférieur de 5 % à celui constaté en France. En outre, le coût de l'immobilier, qui pèse lourdement en France sur le budget des personnes âgées locataires (ou en cours de remboursement d'un emprunt), est très nettement inférieur en Allemagne.

740. *Une décomposition des différences de niveaux de vie des actifs et des retraités en Europe*, Carole Bonnet, Olivier Bontout et Anne-Juliette Lecour, 2014. S'y ajoute l'impact d'un patrimoine moyen plus élevé en France et davantage concentré dans notre pays au profit des générations plus âgées.

741. La notion de revenu équivalent prend en compte la taille du ménage.

Ainsi, les taux de pauvreté matérielle, définis comme la privation d'un nombre significatif des biens et services qui assurent la qualité de vie, sont en réalité, selon Eurostat, comparables dans les deux pays (2,7 % en France, 3,2 % en Allemagne).

III - Des modalités de pilotage inégalement contraignantes, de nouveaux ajustements à terme

A - Un mode de pilotage allemand en grande partie automatique, un dispositif français moins strict, mais récemment affiné

1 - Un mode de pilotage allemand en grande partie automatique et garant de l'équilibre du régime

En Allemagne, le pilotage du régime de retraite légal résulte de dispositions qui lient entre elles les évolutions des paramètres du système. Comme indiqué, le mode d'indexation des retraites intègre la contrainte démographique puisque l'évolution des salaires bruts qui lui sert de base est affectée d'un coefficient qui reflète la dégradation du nombre de cotisants par rapport au nombre de retraités.

En outre, le taux de cotisation pour l'année, la revalorisation des retraites et la subvention de l'État sont fixés de manière interdépendante, en visant l'équilibre du régime.

Le mécanisme autorégulateur du financement de la retraite légale allemande

La subvention de l'État à la *DRV* est en grande partie actualisée en fonction de l'évolution des salaires et du taux de cotisation. Il ne s'agit donc pas *stricto sensu* d'une subvention d'équilibre⁷⁴², puisqu'elle ne dépend pas directement du niveau des dépenses, mais évolue avec les autres recettes.

Le taux de cotisation applicable chaque année est lui-même simultanément fixé de façon à ce que les recettes estimées *a priori* (dont la subvention de l'État) couvrent les dépenses, tout en respectant un objectif

742. À l'exception de la part qui couvre le déficit de la retraite des mineurs, cheminots et marins (*Knappschaft-Bahn-See*).

de réserves équivalentes à au moins 0,2 mois et au plus 1,5 mois de dépenses. Il doit respecter un plafond fixé à 20 % jusqu'en 2020 et à 22 % jusqu'en 2030.

Ainsi, lorsqu'une hausse de cotisation est nécessaire, elle est mécaniquement atténuée par la hausse de la subvention et par la baisse des pensions (indexées en partie sur le salaire brut, qui diminue d'autant), dans une forme de rétroaction. La force de ce mécanisme est la mise en place d'une adaptation des paramètres du système en continu.

Par ailleurs, le taux de remplacement après paiement des cotisations sociales (y compris contributions à un plan *Riester* pour les salariés), mais avant impôt, doit être au minimum de 46 % jusqu'en 2020 et de 43 % jusqu'en 2030 (contre 50,5 % en 2008).

En cas de non-respect des bornes de taux de remplacement et de taux de cotisation, non seulement dans la projection pour l'année suivante, mais aussi tout au long de la projection à moyen terme (à 15 ans) réalisée annuellement, le gouvernement fédéral est contraint par la loi de proposer des mesures correctrices⁷⁴³.

Ces mécanismes automatiques rencontrent cependant certaines limites dans leur application effective : à de nombreuses reprises, la loi a été modifiée pour en modérer les conséquences, jugées trop lourdes pour les retraités⁷⁴⁴.

Ces dispositifs donnent *de facto* la priorité au respect d'un plafond de taux de cotisation et permettent d'éviter sur la durée la formation de déficits, au prix assumé d'une modération des pensions.

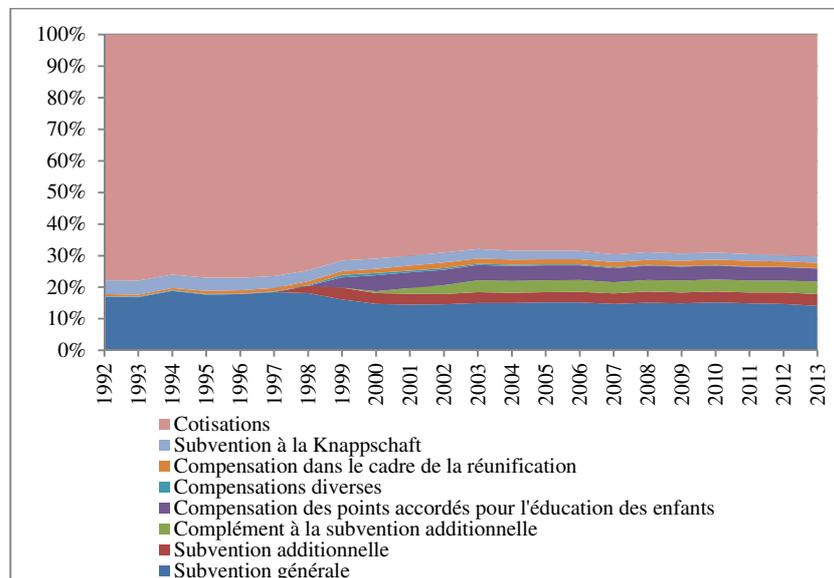
Comme l'indique le graphique ci-après, ces objectifs n'ont pu être atteints qu'au prix d'un renforcement sans équivalent en France, à partir de la réforme de 1992 et plus encore entre 1998 et 2003, des subventions

743. Selon le dernier rapport annuel, le taux de remplacement avant impôt (pour un retraité à carrière complète au salaire médian) s'établirait à 48 % en 2014, avec une baisse prévue jusqu'à 44,4 % en 2028. Le niveau des cotisations atteindrait 21,4 % en 2028. Les bornes légales sont donc à ce stade respectées jusqu'à l'horizon de prévision tel que fixé par la loi-cadre de 2001, ce qui a d'ailleurs toujours été le cas à ce jour, le cas échéant au prix de réformes.

744. L'effet du « facteur *Riester* » a ainsi été reporté, une règle selon laquelle les pensions ne peuvent baisser en termes nominaux a été ajoutée, le taux de cotisation qui aurait dû selon la formule de calcul être abaissé dernièrement à 18,3 % ne l'a été qu'à 18,7 %. À chaque fois, ces ajustements ont requis l'intervention d'une loi. Par ailleurs, dans le passé, le gouvernement allemand a dû recourir à certaines dispositions telles que la baisse du montant de la réserve obligatoire de la *DRV* ou l'accélération des paiements des cotisations par les entreprises.

et compensations de l'État fédéral au financement des retraites : « subvention additionnelle » assise sur l'octroi d'un point de TVA, « complément à la subvention additionnelle » constitué d'une partie des recettes de l'impôt écologique (« *Ökosteuer* »), prise en charge accrue de prestations ne relevant pas de l'assurance (points accordés au titre de l'éducation des enfants). Après 2003, ces concours publics sont demeurés relativement stables. En 2012, ils ont atteint 81,9 Md€ au total.

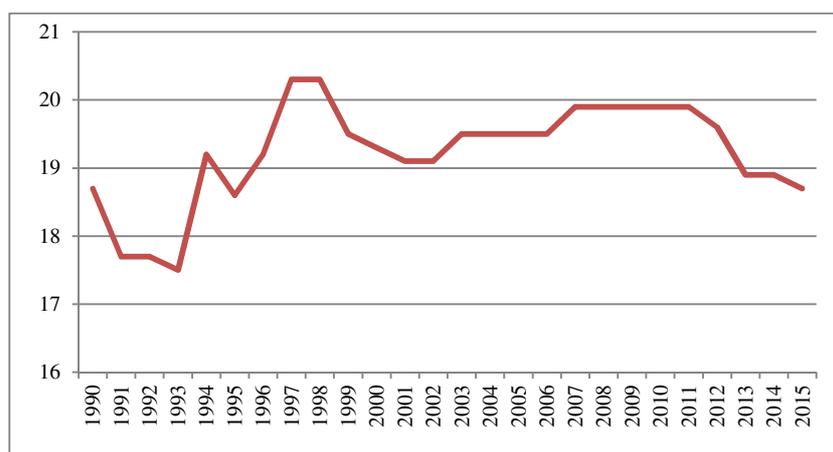
Graphique n° 38 : financement du régime de retraite légale (*DRV*) (1992-2013)



Source : Cour des comptes à partir de données du *Rentenversicherung in Zeitreihen*, 2014.

Dans ce contexte, cet apport de ressources a permis de réduire le taux de cotisation dans les années 1998-2003. Ce dernier est ensuite légèrement remonté, avant de s'engager à nouveau à partir de 2012 dans une phase de baisse sous l'effet d'une conjoncture favorable, d'une forme de « pause démographique » dans le flux de nouveaux retraités et de l'impact cumulatif d'une indexation modérée des pensions pendant plusieurs années.

Graphique n° 39 : évolution du taux de cotisation à l'assurance légale allemande (DRV) (1990-2015)



Source : BMAS.

Le jeu de ces différents facteurs, résultant pour partie de mécanismes automatiques et d'une conjoncture favorable, a permis qu'à l'apparition de déficits dans les années 2001-2004 succède la constitution d'excédents dans le régime légal à partir de 2006 (voir *infra*).

2 - Un mode de pilotage français affiné, mais encore peu contraignant

En France, la loi de 2003 avait jeté les bases d'un système de pilotage fondé d'une part sur la mise en œuvre d'un processus d'adaptation progressive à l'horizon 2020 du système d'assurance vieillesse à l'allongement de l'espérance de vie, par le biais de l'augmentation de la durée d'assurance, d'autre part sur le principe de rendez-vous quadriennaux alimentés par les travaux du Conseil d'orientation des retraites.

Ce mode de pilotage est demeuré cependant imprécis et peu encadré, faute que les objectifs assignés au système de retraites soient précisément définis et *a fortiori* hiérarchisés.

La loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a apporté à cet égard un progrès significatif. Elle a précisé les indicateurs à suivre : taux de remplacement, durée projetée de

versement de la pension, rapport interdécile⁷⁴⁵, niveau de vie des retraités rapporté à celui de la population, solde prévisionnel des régimes sur 25 ans. Elle a également renforcé le volet institutionnel du pilotage en créant un comité de suivi des retraites, chargé de faire des recommandations en cas d'évolution défavorable de ces indicateurs.

Le décret du 20 juin 2014 relatif au comité de suivi des retraites a fixé, pour la première fois, des bornes chiffrées pour certains paramètres : ainsi, les recommandations du comité de suivi des retraites ne peuvent tendre à augmenter au-delà de 28 % les cotisations, ni à diminuer en deçà des deux tiers le taux de remplacement. Ce dispositif ne met cependant pas en place un système de correction automatique des déséquilibres, qui supposerait de fixer des règles contraignantes s'appliquant en toute hypothèse. Seul le pouvoir de recommandation du comité est borné, non la liberté de décision des pouvoirs publics. Il ne s'agit ainsi que d'un premier pas, encore très mesuré, vers un mode de pilotage plus affirmé. Les bornes retenues n'ont pas conduit au demeurant, à ce stade, à mettre en œuvre la responsabilité de recommandation du comité de suivi⁷⁴⁶.

En France, le taux de cotisation effectif recalculé par le COR (cas-type d'un non-cadre sous le plafond) a connu une évolution orientée à la hausse avant 2000, puis une longue période de quasi-stabilité de 2000 à 2012. Toutefois, les décisions prises depuis ont marqué l'acceptation d'une hausse⁷⁴⁷ du niveau des cotisations.

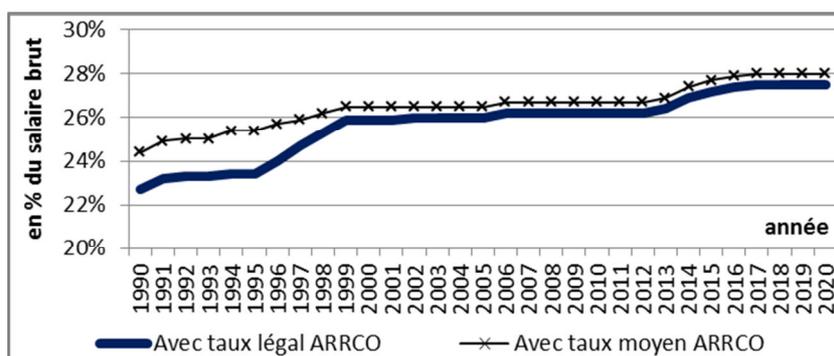
Une augmentation pourrait également survenir en Allemagne : le *BMAS* estime qu'afin de respecter les exigences en matière de niveau des réserves, le taux de cotisation, après être demeuré stable jusqu'en 2018 (à 18,7 %), devrait augmenter au cours des années suivantes (19,5 % en 2020, 21,4 % en 2028). Cependant, des mesures alternatives sont susceptibles d'être retenues, là où les mesures d'augmentation des cotisations mentionnées ci-dessus pour la France sont acquises.

745. Il s'agit du rapport entre la pension perçue au 1^{er} décile et au dernier décile.

746. Dans ses deux premiers avis (15 juillet 2014 et 15 juillet 2015), le comité de suivi des retraites a estimé que, au vu de ces indicateurs et des autres analyses fournies par le COR, la situation du système de retraites au regard des objectifs fixés par la loi n'appelait pas à ce stade de recommandations de sa part.

747. Le décret du 2 juillet 2012 relatif aux carrières longues a prévu une hausse de 0,3 point des cotisations patronales et salariales sur la période 2013-2016. La loi du 20 janvier 2014 a programmé par la suite une hausse de 0,3 point des cotisations patronales et salariales sur la période 2014-2017. L'accord AGIRC-ARRCO du 13 mars 2013 prévoit une augmentation totale de 0,2 point des cotisations, répartie entre part patronale et part salariale, en 2014 et en 2015.

Graphique n° 40 : évolution du taux de cotisation⁷⁴⁸ au régime général et à l'ARRCO en France (1991-2020)



Lecture : en 2014, le taux de cotisation pour la retraite (part salariale + part employeur, CNAVTS+ARRCO hors AGFF) du cas type est de 25,5 % du salaire brut et de 27,5 % y compris AGFF⁷⁴⁹.

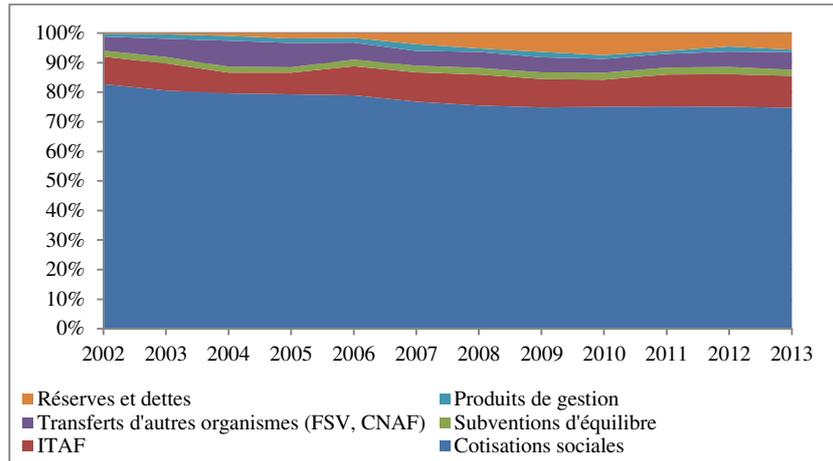
Source : DREES, modèle CALIPER ; calculs SG-COR.

Par ailleurs, l'examen sur longue période de la structure du financement du système de retraites français montre qu'il n'a pas connu d'accroissement de la part des concours publics comparable à ce qui se constate en Allemagne, où cette part a augmenté de près de 70 % entre 1995 et 2003. La part de ces financements est en fait restée relativement stable en France ; ainsi les impôts et taxes affectés sont passés de 9 % à 11 % des financements entre 2002 et 2013, les transferts tels que ceux en provenance du FSV de 5 % à 6 % et les subventions diverses sont restées stables à 2 %, au cours d'une période par ailleurs marquée par une importante augmentation des allègements de cotisations.

748. Comme indiqué *supra*, le taux de cotisation ne reflète pas la réalité de l'incidence des cotisations sur le coût du travail tel qu'elle peut être ressentie par les entreprises, en raison des allègements généraux de charges en France jusqu'à 1,6 SMIC, qui n'a pas d'équivalent en Allemagne. Dans ce dernier pays, seuls les « mini » et les « midi-jobs » (jusqu'à 850 €) sont soumis à des taux de cotisation dérogatoires, selon une logique différente puisque les droits sont affectés à due proportion.

749. Le taux français et le taux allemand du graphique précédent ne sont pas ici directement comparables, le second ne prenant pas en compte les cotisations éventuelles acquittées au titre d'un régime complémentaire d'entreprise. Si l'on ne considère que le régime de base, le taux de cotisation sous le plafond en France a augmenté depuis 1993 de 0,6 point, passant de 14,75 % à 15,35 %.

Graphique n° 41 : financement du système de retraites français (2002-2013)

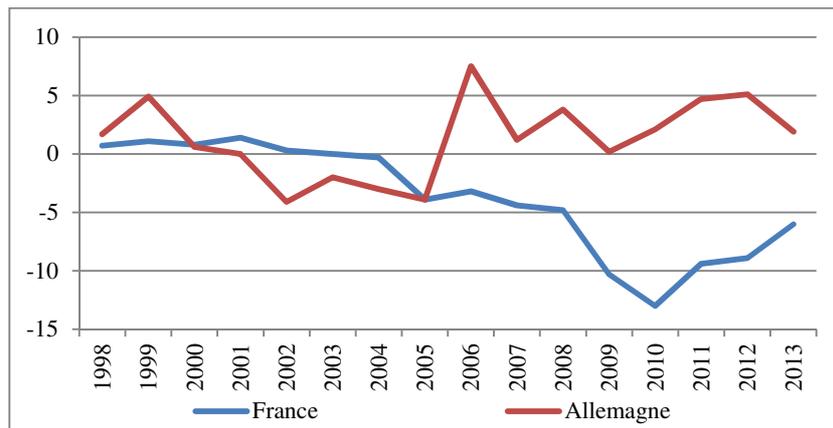


Source : rapport annuel du COR, 2015.

En tout état de cause, le pilotage du système de retraites n'a pas permis d'éviter l'apparition de déficits récurrents, dès avant la survenue de la crise économique pour le régime général, puis amplifiés par celle-ci. Cette situation contraste avec les excédents dégagés par le régime de base allemand à partir de 2006.

Graphique n° 42 : soldes des régimes français et allemand de retraite des salariés du secteur privé (1998-2013)

En Md€



Champ : France : CNAVTS + FSV. Allemagne : DRV.

Source : Cour des comptes, DRV.

En définitive, en partie du fait d'une contrainte démographique moindre, la France a fait le choix de préserver davantage le niveau des pensions que l'Allemagne, sans pour autant augmenter fortement les cotisations.

Depuis 2006, l'assurance vieillesse des salariés en Allemagne dégage des excédents, contrairement à son homologue en France qui connaît des déficits depuis 2005. Entre 2000 et 2014, elle a enregistré 16 Md€ d'excédents en cumul, contre la constitution de 65 Md€ de dette sociale en cumul pour l'ensemble constitué de la branche vieillesse et du FSV.

L'Allemagne, en reportant davantage le maintien des taux de remplacement vers des dispositifs d'épargne retraite par capitalisation, en adoptant un mode d'indexation rigoureux des pensions de retraite et en augmentant la place de l'impôt dans leur financement, a maintenu la compétitivité de ses entreprises et restauré l'équilibre financier du régime légal de retraites.

B - Des perspectives démographiques différentes, des enjeux de soutenabilité dans les deux cas

1 - La dégradation de la démographie allemande

Dans le passé récent, le contexte économique a été plus favorable à la soutenabilité des régimes de retraite en Allemagne qu'en France :

- voisins tous deux de 7 % en 2008, les taux de chômage ont divergé dans les deux pays, celui de la France s'établissant à 10 % alors que celui de l'Allemagne tend vers 5 % ;
- le taux de participation au marché du travail est supérieur en Allemagne de 7 % pour les hommes et de 5 % pour les femmes ;
- la croissance allemande a systématiquement été légèrement plus élevée que la croissance française (sauf en 2009) depuis dix ans.

En outre, si l'espérance de vie à la naissance est identique pour les hommes dans les deux pays, elle est de deux ans plus courte pour les femmes en Allemagne qu'en France. S'agissant de l'espérance de vie à 65 ans, le même écart de deux ans est observé au bénéfice des femmes en France et un écart d'un an est cette fois constaté au bénéfice des hommes en France. Il en résulte une pression accrue sur les coûts du système de retraite français.

Enfin, la dégradation de la démographie allemande n'a jusqu'ici manifesté ses effets qu'à la marge : le ratio dit de dépendance⁷⁵⁰ est encore peu différent entre les deux pays (28 % en 2013 en France, 32 % en Allemagne).

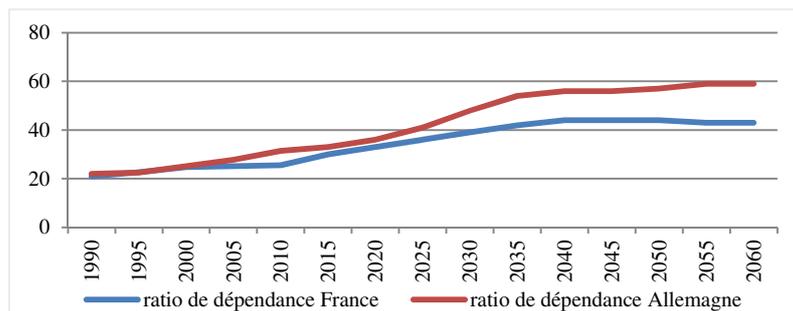
Pour l'avenir toutefois, son incidence est appelée à jouer un rôle majeur.

Les projections démographiques en France et en Allemagne

En France, le taux de fécondité a retrouvé dès 1993 son niveau de 1973 (2 enfants par femme). En Allemagne, il est inférieur à 2 depuis 1960 et stable à un bas niveau (autour de 1,4) depuis 1997. En outre, sur longue période, le solde migratoire allemand n'a pas été significativement différent du solde français.

Dans ce contexte, les ratios de dépendance sont appelés à diverger rapidement au-delà de 2025, plaçant le système de retraites allemand sous une contrainte beaucoup plus forte que son homologue français.

Graphique n° 43 : évolution passée et projetée du ratio de dépendance



Source : Cour des comptes d'après données Eurostat jusqu'en 2013, hypothèses pour le « Ageing Report 2015 ».

La population allemande décroîtrait de 80,8 millions en 2013 jusqu'à un niveau situé entre à 67,6 millions (Destatis, 2015, scénario bas de migration) et 73,1 millions (scénario haut) en 2060, tandis que la France compterait 73,6 millions d'habitants à cette même date selon le scénario central de l'INSEE, contre 66,3 millions actuellement.

750. Rapport de la population de plus de 65 ans sur celle des 15 à 64 ans, qui est une approximation du nombre de cotisants sur le nombre de retraités, lequel constitue l'indicateur-clé de la soutenabilité des systèmes de retraites.

2 - De nouveaux ajustements prévisibles dans les deux pays

Dans les deux pays, les projections réalisées mettent en lumière les difficultés relatives à la soutenabilité des systèmes de retraites.

Les prévisions en matière de retraites en France et en Allemagne

Les deux pays abordent les exercices de prévision de manière différente, mais dans les deux cas avec le souci d'objectiver les enjeux avec l'intervention d'organismes indépendants (au travers des travaux du COR en France et, en Allemagne, du contrôle exercé par le *Sozialberat* sur les projections du *BMAS*). La France est surtout attentive au niveau de déficit des régimes et examine par ailleurs les différents scénarios possibles pour le combler⁷⁵¹. L'Allemagne met l'accent sur le respect de bornes en matière de taux de cotisation et de taux de remplacement.

Les horizons de projection diffèrent : 15 ans pour l'Allemagne ; jusqu'en 2060, soit 45 ans, en France. Ils présentent chacun des avantages et des inconvénients. Certes, se fixer un horizon court comme le régime de retraite légal allemand peut conduire à occulter des tendances longues moins favorables : en Allemagne, l'horizon de prévision officiel fait débat. A l'opposé, se donner un horizon lointain, comme le fait le COR, peut conduire à retarder les décisions de court terme en donnant le sentiment que le temps disponible pour l'action est infini, ce qui apparaît encore plus problématique.

En outre, dans les deux pays, les résultats sont évidemment sensibles au niveau retenu pour certains des paramètres démographiques ou économiques. Ces hypothèses sont parfois contestées : ainsi, en France pour le taux de chômage de 7 % retenu dans le scénario central du COR ; s'agissant des projections du *BMAS*, des interrogations sont soulevées sur la validité des hypothèses d'investissement dans les plans *Riester* et de leur rendement, sur le niveau de progression des salaires retenus et sur l'évolution du taux d'activité.

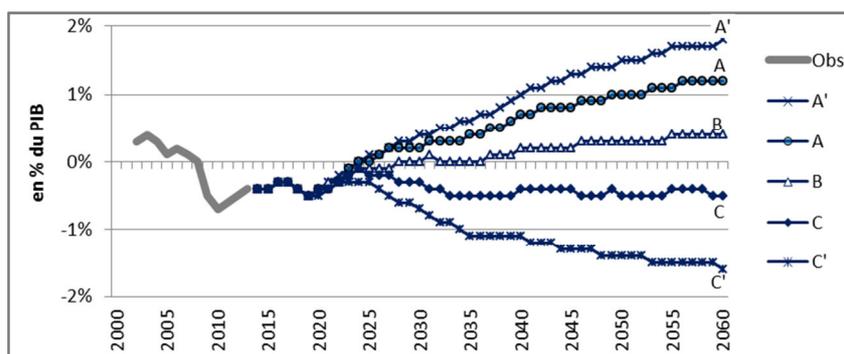
En France, les dernières projections du COR⁷⁵² montrent que le système de retraites reste déficitaire dans tous les scénarios au moins jusqu'en 2025, pour un montant cumulé compris entre -2,8 et -4 points de PIB courant. Par la suite, il n'est équilibré que dans les scénarios favorables (A', A et B), dans lesquels le taux de chômage est de 4,5 % de la population active sur toute la période (et les revenus d'activité augmenteraient respectivement de 2 %, de 1,8 % et de 1,5 % par an). Il reste déficitaire dans les scénarios (C et C') où le chômage est de 7 % (et dans lesquels l'augmentation des revenus d'activité en termes réels est de 1,3 % ou de 1 % par an). Selon le COR, à un horizon de 20 ans, un

751. Rapport annuel du COR, juin 2015.

752. Rapport annuel juin 2015.

surcroît de cotisation compris entre 1 point et 2,5 points serait nécessaire pour parvenir à l'équilibre financier dans les scénarios où le taux de chômage est de 7 %.

Graphique n° 44 : prévisions d'évolution du solde du système de retraites en fonction des différents scénarios



Source : COR (juin 2015).

Pour leur part, les projections du *BMAS* font apparaître que le régime de retraite légal reste à l'horizon de 15 ans dans les bornes imposées (taux de cotisation inférieur à 22 %, taux de remplacement supérieur à 43 %) dans le scénario central. Si plusieurs variantes d'évolution de la population active occupée affiliée à la *DRV* sont analysées, allant notamment de la stabilité à une diminution de 30,6 à 28,1 millions de personnes à l'Ouest (baisse à 29,3 millions dans le scénario central), les projections tablent toutes sur un niveau élevé de progression des revenus à l'Ouest (3 % en termes nominaux), qui fait débat outre-Rhin, les variantes portant uniquement sur leur augmentation à l'Est. Ces projections ne font pas apparaître de déficit car elles intègrent l'incidence des mécanismes automatiques d'ajustement et, ce faisant, la hausse des concours budgétaires de l'État et la remontée des cotisations ; dans le scénario central, ces dernières augmentent ainsi de 2,7 % à horizon de 2028.

D'autres travaux sous l'égide du *Sachverstaendigenrat*⁷⁵³ montrent en outre que le taux de cotisation maximal de 22 % serait dépassé dans les années 2030 et atteindrait 26 % dans les années 2060⁷⁵⁴. À moyen terme, de nouvelles réformes seront donc nécessaires si cette

753. Littéralement « conseil des experts », ce conseil d'experts économiques publie annuellement un rapport très commenté en Allemagne.

754. *Werding*, 2014, *Demographischer Wandel und öffentliche Finanzen*.

augmentation n'est pas jugée souhaitable, telles qu'un nouveau recul de l'âge légal de départ à la retraite (à 68 ou 69 ans au lieu de 67 ans), perspective soulevée par le *Sachverstaendigenrat*.

Au-delà de ces projections effectuées dans le cadre national, pour effectuer des comparaisons, il est utile de se référer au « *Ageing report* » de la Commission européenne qui impose une méthodologie de projection validée conjointement⁷⁵⁵.

Les projections effectuées en 2015, après les dernières mesures prises dans les deux pays, font apparaître pour 2060 une dépense de retraite inférieure en France (12,1 % du PIB) à ce qu'elle serait en Allemagne (12,7 %) ⁷⁵⁶. Pour une part, cette inversion reflèterait une baisse plus prononcée du taux de remplacement en France (-12,4 % entre 2013 et 2060) qu'en Allemagne (-7,3 % au cours de la période) ; l'écart de situation aujourd'hui favorable aux retraités français serait ainsi appelé à se réduire à terme. Elle repose sur une hypothèse d'évolution du taux de chômage français, - 8 % en 2035 et 7,5 % à partir de 2040 - qui resterait sensiblement plus élevé qu'en Allemagne (5,3 % à partir de 2025).

En définitive, l'équilibre des régimes de retraite dans les deux pays n'est atteint sur le moyen/long terme que dans des hypothèses relativement favorables, ce qui rend très probable la nécessité de nouveaux efforts. En France, les déficits continueraient à s'accumuler en toute hypothèse au moins dans les dix prochaines années, en alourdissant encore la dette sociale constituée depuis dix ans.

755. Elles reposent cependant *in fine* sur un scénario de convergence entre États européens pour ce qui est de certains paramètres et non pas sur la simple continuation des tendances passées. Ainsi, pour l'Allemagne, elles supposent un rebond de la fécondité qui n'est pas observable en tendance et, de même pour la France, une baisse du chômage. Par construction, elles tendent donc à favoriser la prédiction d'un rapprochement des situations. Par ailleurs, le rapport n'a pas pour objet d'évaluer si les systèmes de retraites seront équilibrés à terme, mais seulement d'estimer le niveau tendanciel des dépenses et l'évolution des retraites servies en fonction des réformes déjà adoptées.

756. D'autant que la comparaison de ces ratios est perturbée en défaveur de la France par la non-prise en compte des complémentaires dans les données allemandes et de certains régimes spéciaux (avec un effet de l'ordre de 1 % à 1,3 % du PIB).

CONCLUSION

Les deux systèmes de retraites français et allemand ont en commun une semblable architecture des régimes de base. Ils sont organisés par champ professionnel et comportent un régime obligatoire par répartition pour les salariés du secteur privé, financé principalement par des cotisations patronales et salariales assises sur les rémunérations selon une logique contributive et des régimes spéciaux, notamment pour la fonction publique, les professions libérales et certaines professions en attrition.

Les dispositifs de solidarité tiennent une place plus importante dans l'organisation du régime de base français des salariés que dans celle de son homologue allemand, qui a un caractère plus fortement contributif. En effet, le régime français prend plus largement en compte les faibles durées d'activité salariée et les périodes de chômage et comporte par ailleurs des majorations sans équivalent : minimum contributif améliorant la retraite des salariés ayant une carrière complète et majoration de 10 % à partir du troisième enfant.

Au-delà de l'absence de régime de base pour certaines professions en Allemagne (commerçants, chefs d'entreprise), les systèmes français et allemand de retraites diffèrent très sensiblement par la place donnée aux régimes complémentaires. En France, ces derniers ont été progressivement généralisés, notamment pour les salariés du secteur privé dans un cadre interprofessionnel, là où, en Allemagne, le régime de base sert une pension dont le montant maximal est plus élevé, mais où seule une partie des retraités bénéficie d'une retraite complémentaire dans le cadre de la branche ou de l'entreprise.

Les retraités français perçoivent, pendant une durée plus longue du fait d'un départ en retraite plus précoce de l'ordre de deux ans et d'une espérance de vie plus élevée, un montant de pension de retraites (retraite de base et retraite complémentaire confondues) supérieur de 8 % en moyenne à celui de leurs homologues allemands. Cet écart est presque entièrement attribuable aux moindres droits à retraite dont disposent les retraitées allemandes par rapport à leurs homologues françaises, dont l'activité professionnelle historiquement plus répandue leur a permis d'acquérir plus souvent des droits propres. Compte tenu d'une participation des femmes au marché du travail désormais homogène dans les deux pays, il est appelé à se réduire à l'avenir.

L'un et l'autre pays ont cherché au cours des années 2000 à instituer un « troisième pilier » d'épargne retraite par capitalisation, de manière plus explicite et plus forte en Allemagne qu'en France, mais dans les deux cas avec des résultats limités à ce stade.

La priorité plus marquée donnée aux objectifs de compétitivité économique et d'équilibre financier du système de retraites et le caractère encore plus significatif des enjeux démographiques ont conduit l'Allemagne à mettre en œuvre des réformes plus rapides et plus profondes que celles menées par la France.

D'une part, les conditions d'âge de départ à la retraite à taux plein ont été plus fortement durcies dans le régime allemand que dans le régime français. Sur ce point, les réformes en cours en France conduiront à terme à appliquer des conditions en grande partie comparables à celles en vigueur en Allemagne : alors que les salariés français partent en moyenne en retraite deux ans plus tôt que leurs homologues allemands, seuls pourront continuer à partir plus tôt en retraite à taux plein ceux ayant commencé à travailler avant 22 ans.

Cependant, ces réformes sont intervenues dans notre pays de manière plus tardive et avec des effets plus progressifs dans le temps pour les nouveaux retraités. Par ailleurs, l'avantage pour l'équilibre des régimes que constitue le taux de natalité élevé en France est amoindri par l'incidence du chômage sur les produits de prélèvements sociaux, une espérance de vie plus longue et un âge de départ en retraite plus précoce.

D'autre part, les évolutions apportées au mode d'indexation des retraites ont eu pour conséquence, en Allemagne, une importante baisse de leur montant en termes réels, là où leur pouvoir d'achat était globalement préservé en France.

Enfin, le régime de base des salariés en Allemagne bénéficie d'un financement substantiel par l'impôt, par l'intermédiaire des concours du budget fédéral, quand son homologue français demeure essentiellement financé par des prélèvements sociaux (cotisations et contributions sociales) assis sur les revenus du travail.

Le mode de pilotage du système de retraites allemand comporte des mécanismes automatiques qui permettent par des ajustements réguliers d'en garantir l'équilibre, mais supposent d'être très attentifs à leurs conséquences éventuelles quand ils jouent sur la situation des retraités. Par comparaison, celui du système de retraites français, s'il vient d'être renforcé dans des conditions qui marquent un progrès, ne préjuge pas aussi nettement de la hiérarchie des objectifs poursuivis. Il laisse aux pouvoirs publics toute latitude pour agir ou non selon des leviers qu'il leur appartient de définir. Cette latitude peut conduire à reporter des efforts nécessaires jusqu'à ce qu'ils deviennent inévitables sous forme d'une réforme de grande ampleur, à la pédagogie difficile, là où notre système de retraites gagnerait à s'inscrire dans un mouvement d'adaptations en continu.

Contrairement à son homologue allemand, il n'a pas conduit à préserver le régime de retraite de base des salariés de notre pays contre un déficit à caractère récurrent depuis 2005 et d'un endettement spécifique porté par la caisse d'amortissement de la dette sociale.

En dépit d'un contexte démographique très différent, la France pourrait ainsi gagner à s'inspirer du dispositif de pilotage allemand, qui conjugue :

- une priorité plus grande donnée à l'équilibre permanent du système de retraites et donc davantage respectueuse de l'intérêt des générations futures ;*
 - un horizon de prévision de plus court terme, plus propice à la mobilisation des leviers permettant d'assurer cet équilibre ;*
 - un mode d'ajustement automatique de certains paramètres en fonction d'indicateurs objectifs, qui évite la succession de réformes d'autant plus conflictuelles qu'elles sont présentées comme définitives.*
-

Annexe : principales réformes des systèmes de retraites en Allemagne et en France (1990-2015)

	Allemagne	France
1990-1995	1992 : Augmentation progressive de l'âge légal de 60 ans pour les femmes et 63 ans pour les hommes ayant cotisé au moins 35 ans, à 65 ans. Indexation sur le salaire net.	1993 : Indexation des salaires portés au compte de carrière et des pensions sur les prix et calcul du salaire de référence sur les 25 meilleures années et non les 10 dernières. Affectation de 1,3 point de CSG au FSV. Hausse des cotisations CNAVTS. Passage progressif de 37,5 à 40 ans de durée d'assurance.
1995-2005	1998 : attribution d'un point de TVA au financement des retraites 1999 : attribution d'une partie du produit de la taxe sur les carburants au financement des retraites 2001/2 : réforme <i>Riester</i> . Incitation à la capitalisation privée et prise en compte des montants investis dans l'indexation des retraites, qui passe du salaire net au salaire brut. Plafonnement des hausses de cotisation. 2003 : hausse du taux de cotisation 2004 : ajout d'un facteur de soutenabilité dans l'indexation des retraites.	2003 : indexation de la durée d'assurance requise pour le taux plein sur l'espérance de vie (41,5 ans). Introduction du PERP et du PERCO. 1993-1996 : accord AGIRC-ARRCO sur l'évolution de la valeur du point, les taux de cotisation et les taux d'appel.
2005-2010	2007 : augmentation progressive des bornes d'âge, de 65 à 67 ans et de 43 à 45 ans. 2008 : hausse du taux de cotisation.	2006 : hausse des cotisations CNAVTS 2010 : augmentation progressive des bornes d'âge pour l'ouverture des droits, de 60 à 62 ans.
2010-2015	2012-2015 : baisse des cotisations 2014 : <i>RentenPaket</i> : octroi de points supplémentaires aux mères ayant élevé des enfants, ouverture d'une possibilité (transitoire) de départ à 63 ans avec 45 ans de cotisation (qui pourrait en pratique bénéficier à un salarié sur 3).	2012 : extension des possibilités de départ avant 62 ans pour les carrières longues 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). Passage à la référence du revenu plutôt qu'à celle de l'impôt acquitté pour la détermination du taux de CSG applicable aux retraités. Gel des pensions de base jusqu'en octobre 2014. Fiscalisation des majorations de pension. À l'AGIRC-ARRCO, augmentation des cotisations et revalorisation inférieure à l'inflation pour 2014 et 2015.

Source : Cour des comptes.

Chapitre XVI

Les systèmes d'assurance maladie en France et en Allemagne

PRÉSENTATION

La France et l'Allemagne possèdent des systèmes de santé dont les structures sont largement comparables. Les prestataires de soins, hôpitaux publics, établissements à but non lucratif, cliniques privées, mais aussi professions libérales de santé, y sont présents de façon analogue et offrent dans les deux pays une liberté de choix aux patients. Les dépenses de santé y atteignent des niveaux élevés, 11,6 % du PIB pour la France, 11,3 % du PIB pour l'Allemagne, proches entre eux mais très supérieurs à ceux d'autres pays européens ayant adopté des modèles différents comme le Royaume-Uni (9,4 %) ou la Suède (9,5 %).

Les ressemblances s'étendent dans une large mesure à l'organisation des systèmes d'assurance maladie obligatoire, qui reposent dans chaque cas sur un réseau de caisses gérées par les employeurs et les représentants des assurés, sont financées majoritairement par des cotisations et sont supervisées par l'autorité publique.

Ces points communs confèrent à la comparaison des deux systèmes un intérêt particulier puisque les choix que l'Allemagne a opérés peuvent éclairer d'un jour utile, en se détachant sur un fonds institutionnel proche, les dispositions prises en France. Ils ne mettent que mieux en évidence les solutions souvent différentes qui ont été adoptées pour améliorer l'efficacité des dépenses de santé et pour rechercher l'équilibre financier de l'assurance maladie. De cet objectif d'équilibre, central en Allemagne, découlent des mécanismes de responsabilisation des acteurs, parfois contraignants et la mobilisation si nécessaire de leviers complémentaires, par des lois de rétablissement des comptes pouvant aller jusqu'à un apport du budget fédéral.

C'est dans cette perspective que la Cour a mené une enquête comparative sur les systèmes d'assurance maladie dans les deux pays, en s'intéressant aussi bien à leurs dépenses qu'aux questions d'organisation et aux mécanismes de régulation.

Les constats qui s'en dégagent mettent en évidence un socle commun, mais des évolutions progressivement divergentes (I). En particulier, les deux pays ont mis en œuvre des dispositifs de régulation financière aux principes distincts (II). Le mode de pilotage de certaines dépenses sectorielles - médecine de ville et hôpital - est à cet égard particulièrement illustratif de choix différents (III).

Approche méthodologique

La comparaison a porté sur la période 2000-2014, sauf lorsque des discontinuités des données dans l'un ou l'autre pays ont limité les possibilités de rapprochement, ce qui est le cas pour les dépenses de médecine de ville avant 2006 et hospitalières avant 2003.

Les différences notables de périmètre entre les systèmes d'assurance maladie, l'absence de correspondance, dans certains cas, dans les nomenclatures de dépenses, les frontières variables entre secteurs, notamment entre la ville et l'hôpital, posent des difficultés méthodologiques. Pour les surmonter en partie, il a été fait appel, autant que possible, aux sources comparatives permettant, comme la base de données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), d'assurer une homogénéité dans les informations, ce qui, dans certains cas, conduit à retenir une année de comparaison plus ancienne.

Les travaux se sont appuyés sur les sources documentaires internationales, françaises et allemandes disponibles, ainsi que sur plusieurs séries d'entretiens réalisés avec le soutien de l'ambassade de France auprès des principaux acteurs du secteur, ministères de la santé, des finances, caisses d'assurance maladie publiques et privées, associations des hôpitaux et unions de médecins, office fédéral des assurances et institutions participant à la gestion de l'assurance maladie, ainsi que sur des échanges avec des universitaires, à Berlin et à Bonn ainsi que dans deux *Länder*, le Brandebourg et la Rhénanie Nord-Westphalie.

I - Un socle commun, mais des évolutions divergentes

A - Des dépenses de santé proches

Le présent chapitre n'a pas pour ambition de comparer les systèmes de santé des deux pays, mais seulement l'organisation et la régulation de leurs régimes d'assurance maladie. Il n'est toutefois pas inutile de rappeler, à titre liminaire, certaines données de base sur l'évolution et la structure des dépenses de santé.

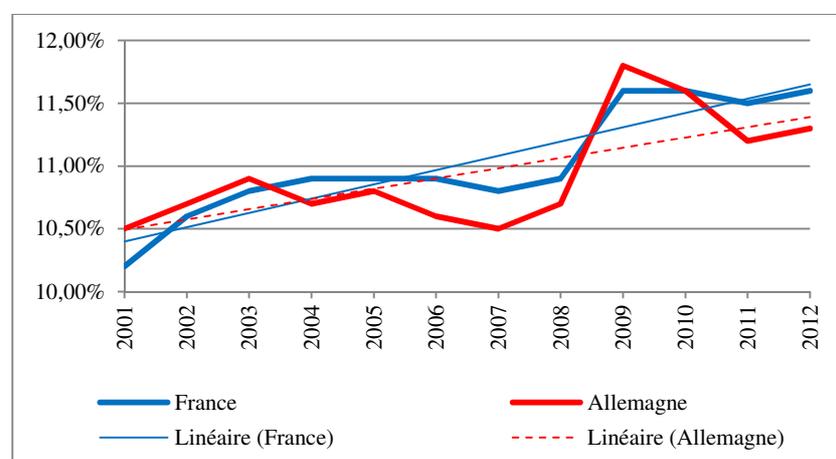
1 - Des évolutions comparables

Proches en proportion des richesses nationales respectives, les dépenses de santé diffèrent également peu par habitant : 3 611,1 € pour l'Allemagne contre 3 465,8 € pour la France en 2012. Elles ont progressé dans les deux cas à un rythme rapide entre 2000 et 2009 (+2,1 % par an en termes réels). Cette dynamique s'est poursuivie ensuite au même

niveau en Allemagne, alors qu'elle s'est nettement ralentie en France (+0,7 % en termes réels entre 2009 et 2012).

Ce récent freinage n'empêche pas que, comme le montre le graphique *infra*, la part des dépenses de santé dans le PIB ait tendance à croître un peu plus vite en France sur l'ensemble de la période, sous l'effet notamment d'une croissance économique plus forte en Allemagne et en dépit du vieillissement plus rapide de la population allemande⁷⁵⁷.

Graphique n° 45 : évolution de la part des dépenses de santé dans le PIB (2000-2012)⁷⁵⁸



Source : OCDE.

2 - Un poids plus important des dépenses hospitalières en France

Si les dépenses de santé des deux pays se situent dans une fourchette étroite, leur répartition fonctionnelle présente un contraste plus marqué. Les statistiques de l'OCDE font en effet ressortir une place plus grande des dépenses ambulatoires en Allemagne et, corrélativement, une place plus importante des dépenses hospitalières en France alors que les données relatives aux autres catégories de dépenses sont comparables.

757. 21 % de la population avait plus de 65 ans en Allemagne en 2010, contre 17 % en France. L'espérance de vie en bonne santé à 65 ans est en outre plus faible dans le premier (6,8 ans) que dans le second (10 ans) pays (Eurostat santé, données 2012).

758. Dépense totale de santé (courante et investissements).

Tableau n° 95 : dépenses de santé par type en France et en Allemagne (2013)

En %

Pays	Soins en milieu hospitalier	Soins ambulatoires	Soins de longue durée	Biens médicaux	Services pour la collectivité
France	37	22	11	21	9
Allemagne	29	30	12	20	9

Source : OCDE.

Du côté de la médecine de ville, les fortes dépenses qui apparaissent en Allemagne sont à rapporter au nombre plus élevé, de près de 50 % par rapport à la France, des consultations par habitant, alors que les densités de médecins de ville sont proches (1,9 pour 1 000 habitants en Allemagne contre 1,8 pour 1 000 en France⁷⁵⁹), ce qui aboutit à un niveau de revenu nettement supérieur en Allemagne, pour les généralistes (138 000 € par an en 2011⁷⁶⁰ contre 82 020 € en France) comme pour les spécialistes (181 000 € contre 133 460 €). Les effectifs rapportés à la population des autres professions de santé sont également plus importants en Allemagne, qu'il s'agisse des dentistes (0,67 pour 1 000 habitants contre 0,56) ou des infirmiers (1,9 pour 1 000 contre 1,5).

S'agissant de l'hôpital, le montant des dépenses est plus élevé en France qu'en Allemagne, quoique l'activité hospitalière considérée en termes de séjours⁷⁶¹ soit plus intense en Allemagne (24 290 sorties d'hôpital pour 100 000 habitants contre 20 721 en France), le nombre de lits plus élevé (8,34 pour 1 000 habitants en Allemagne contre 6,34 pour 1 000 en France) et la durée de séjour un peu plus longue (9,3 jours contre 9,1 jours en France)⁷⁶².

Deux autres facteurs contribuent en revanche à ces différences de poids relatif des dépenses hospitalières. En premier lieu, les coûts de fonctionnement de l'hôpital, particulièrement en matière de charges de personnel, sont plus élevés dans notre pays. Le ratio d'emploi hospitalier

759. L'Allemagne compte en revanche davantage de spécialistes : 2,32 pour 1 000 habitants en 2012, contre 1,76 en France.

760. Les statistiques de revenu des médecins, tant allemandes que françaises, ne sont pas disponibles pour les années plus récentes. En revanche, les données concernant notre pays, établies à partir d'enquêtes fiscales, prennent en compte les dépassements d'honoraires et les exonérations de charges dont bénéficient les médecins.

761. L'activité de l'hôpital en soins de ville est significative en France, plus récente et limitée en Allemagne.

762. Données OCDE relatives à 2011.

y est en particulier nettement plus fort (17,33 équivalents temps plein pour 1 000 habitants contre 11,2 en Allemagne)⁷⁶³. Ce constat traduit une plus forte tendance à l'externalisation de certaines fonctions dans ce dernier pays.

Interviennent aussi les différences dans les périmètres respectifs de la médecine de ville et de l'hôpital. Alors que les soins ambulatoires constituent une part significative de l'activité des hôpitaux français, une séparation plus stricte des prises en charge entre hôpital et médecine de ville prévaut en Allemagne. Malgré de récents assouplissements, le principe reste celui d'une spécialisation des établissements de santé sur les soins nécessitant une hospitalisation. De plus, médecine de ville et médecine hospitalière couvrent des champs différents dans les deux pays : les soins de suite et de réadaptation et les soins de longue durée ne sont en particulier pas intégrés à l'hôpital en Allemagne, au contraire de ce qui est le cas en France.

B - Une organisation de l'assurance maladie et de sa gestion propre à chaque pays

1 - L'« auto-administration »⁷⁶⁴ de l'assurance maladie légale en Allemagne

En dehors des personnes ayant opté pour une assurance privée (voir *infra*), il n'existe en Allemagne qu'un seul régime d'assurance maladie, qui couvre l'ensemble des assurés sociaux, quelle que soit leur activité professionnelle : l'assurance maladie légale.

Les caisses d'assurance maladie sont gérées de façon paritaire entre représentants des employeurs et des salariés. Elles négocient chaque année avec les prestataires de soins (professions de santé, hôpitaux...), dans un cadre assez libre, les tarifs et les rémunérations. Les gestionnaires de l'assurance maladie jouissent par ailleurs de larges marges de manœuvre pour fixer les règles qui gouvernent le système. Cette « auto-administration » a bénéficié ces dernières années d'un renforcement de ses institutions et d'une extension de leurs compétences.

763. Il y a notamment beaucoup plus d'agents administratifs (32,3 ETP pour 100 lits) et de personnels techniques, logistiques et de nettoyage (27,6 ETP pour 100 lits) qu'en Allemagne (respectivement 10,6 et 13,6 ETP pour 100 lits).

764. *Selbstverwaltung*.

L'organisation des caisses d'assurance maladie en Allemagne

Le système créé en 1883 à l'initiative du chancelier Bismarck en Allemagne reposait sur un grand nombre de caisses paritaires, locales ou d'entreprise, indépendantes entre elles et fixant chacune leur taux de cotisation particulier.

Dans les vingt dernières années, pour encourager la restructuration du réseau des caisses, réduire les coûts administratifs et améliorer le service rendu, les autorités allemandes ont choisi de développer leur mise en concurrence. La liberté pour les assurés de choisir l'organisme auprès duquel ils cotisent a ainsi été progressivement affirmée⁷⁶⁵.

À partir de 2009, les différentes caisses se sont vu en particulier attribuer la faculté de moduler, dans certaines limites fixées par la loi, les tarifs et les protections et reconnaître la possibilité de conclure des « contrats sélectifs » avec les prestataires de soins et de diversifier ainsi les services proposés à leurs assurés. Elles ont également reçu compétence pour instaurer des « cotisations supplémentaires » spécifiques à chaque caisse⁷⁶⁶ qui peuvent, pour les seuls assurés⁷⁶⁷, s'ajouter au taux de cotisation de base⁷⁶⁸, de manière à respecter l'obligation qui leur est faite d'équilibrer leurs comptes.

Ces dispositions ont eu des effets importants sur le nombre de caisses, qui était encore de 1 223 en 1992, s'est réduit à 221 fin 2008, puis à 124 fin 2014. Elles incitent également à la modération des hausses de cotisations complémentaires, car l'expérience de ces dernières années a montré que les assurés y étaient très sensibles et étaient enclins à changer de caisse en fonction des tarifs proposés. Sur le plan de la négociation avec les professionnels de santé, les « contrats sélectifs » amènent, notamment pour la fixation des rémunérations associées aux formules de coordination des soins, qui se sont développées sur une très large échelle (voir *infra*), à des tarifs différents entre caisses et entre professionnels de santé.

À côté de ce réseau organisé au niveau des *Länder*, a été mis en place en 2004, un Comité fédéral commun où siègent l'ensemble des professions, des parties intéressées et des institutions de l'assurance maladie, qui a pris la suite de plusieurs comités sectoriels. Il publie des

765. Aujourd'hui, seuls les agriculteurs relèvent obligatoirement du système des caisses agricoles.

766. Les caisses peuvent, lorsque c'est le cas, prélever sur leurs réserves pour limiter le montant des cotisations supplémentaires.

767. Les cotisations des employeurs ne sont en revanche pas susceptibles d'être modulées.

768. L'information des assurés sur les taux de cotisation supplémentaires doit être assurée en indiquant le cas échéant les tarifs plus avantageux proposés par la concurrence.

directives sur les questions de traitements médicaux et d'exercice professionnel, sans toutefois interférer dans les discussions tarifaires.

Un rôle de surveillance de l'État fédéral et des *Länder*

Le cadre fédéral de la constitution allemande détermine de nombreux aspects du fonctionnement de l'assurance maladie. La loi détermine les grandes lignes de son organisation. Elle prévoit la fixation au niveau de la fédération (*Bund*) des règles générales, ainsi qu'un encadrement ou des orientations dans les questions tarifaires. La détermination des paramètres précis (niveau des tarifs, fixation des enveloppes de rémunération, déclinaison de programmes d'organisation des soins) relève toutefois toujours de la responsabilité des États fédérés (*Länder*).

Le gouvernement fédéral et ceux des *Länder* se limitent à un contrôle légal et financier de l'assurance maladie. Ils n'interviennent pas dans les discussions tarifaires. De même, le Parlement fédéral ne prend pas, au-delà du cadre du système et de règles générales visant à une certaine modération des dépenses, de dispositions interférant directement avec les négociations sur les tarifs, sauf de manière exceptionnelle en cas de difficultés financières avérées⁷⁶⁹. Ces dispositions confortent le principe de l'« auto-administration » de l'assurance maladie.

2 - Une pluralité de régimes et un rôle renforcé de l'État en France

L'assurance maladie en France partage avec le système allemand certaines bases de son organisation. Elle repose notamment sur des réseaux de caisses, dont les conseils comprennent des représentants des partenaires sociaux.

Mais elle en diffère sur plusieurs points. L'assurance maladie est fondée en France sur une base professionnelle, avec rattachement obligatoire en fonction de l'activité exercée, sans possibilité de choix par l'assuré de sa caisse. En contraste avec l'unicité de l'assurance maladie légale en Allemagne pour les assurés qui relèvent du régime public, il existe ainsi en France plusieurs régimes d'assurance maladie. Indépendamment même des larges pouvoirs de tutelle dévolus à l'administration depuis l'origine, la responsabilité des partenaires sociaux dans la gestion s'est fortement affaiblie, avec l'affaiblissement du paritarisme et la mise en œuvre, à partir de 1996, des lois de financement

⁷⁶⁹. Les honoraires des médecins ont ainsi été bloqués pendant plusieurs années lorsque les difficultés économiques des années 2008-2009 ont mis en difficulté l'équilibre financier de l'assurance maladie légale.

de la sécurité sociale qui font du Parlement, qui adopte chaque année l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), la clef de voûte du système.

Depuis 2004, la responsabilité de la négociation des conventions avec les professions libérales de santé est également passée des conseils d'administration au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Succédant en 2009 aux agences régionales de l'hospitalisation, dont la mise en place en 1996 avait signifié le retrait de l'assurance maladie du champ hospitalier, la création des agences régionales de santé est venue consacrer le rôle prépondérant de l'État dans le pilotage d'ensemble du système de soins.

C - Des choix substantiellement différents dans les prises en charge

1 - Une place similaire, mais une autre répartition des financeurs publics

Les statistiques harmonisées de l'OCDE mettent en évidence une large convergence dans la répartition de la prise en charge des dépenses de santé entre les financeurs publics et privés. Le poids des premiers est, en effet, très proche dans l'un et l'autre pays (France : 77,7 % ; Allemagne : 77,2 %) ⁷⁷⁰, de même que, par suite, celui du total des seconds (ménages, assurances privées, autres).

Tableau n° 96 : répartition des dépenses de santé par type de financement en 2012

En %

Pays	Administrations publiques hors sécurité sociale	Sécurité sociale ⁷⁷¹	Versements nets des ménages	Assurance privée	Autres
France	3,9	73,8	7,8	13,8	0,6
Allemagne	6,8	70,4	12,2	9,6	1,0

Source : OCDE.

770. En outre, l'État fédéral mais aussi les Länder et les communes remboursent directement une proportion élevée des frais médicaux engagés par leurs agents.

771. Il s'agit de l'ensemble des acteurs intervenant pour prendre en charge des dépenses de santé, dont les accidents du travail.

La prise en charge par les systèmes de sécurité sociale, elle est globalement équivalente entre les deux pays (73,8 % en France, 70,4 % en Allemagne). Des différences de périmètre significatives existent toutefois. En France, ce taux correspond aux prises en charge au titre de l'assurance maladie obligatoire de base tous régimes et de la branche accidents du travail - maladies professionnelles. En Allemagne, la prise en charge à ce double titre, soit 60 % des dépenses de santé, dont 57,4 % au titre de la seule assurance maladie légale, est complétée par l'intervention d'autres types d'assurances sociales. L'assurance dépendance, qui n'a pas d'équivalent en France, prend en particulier en charge pas moins de 7,7 % des dépenses de santé en Allemagne.

Tableau n° 97 : dépenses de santé par financeur en Allemagne en 2012⁷⁷²

En Md€ et en %

Financier	Montant pris en charge	Proportion prise en charge
Budgets publics	14,4	4,8 %
Assurance maladie légale ⁷⁷³	172,4	57,4 %
Assurance dépendance	23,0	7,7 %
Assurance retraite légale	4,3	1,4 %
Assurance accidents du travail légale	4,9	1,6 %
Assurance maladie privée	28,0	9,3 %
Employeurs	12,9	4,3 %
Ménages	40,6	13,5 %
<i>Total des dépenses de santé</i>	<i>300,4</i>	<i>100,0 %</i>

Source : Statistisches Bundesamt, 2014.

772. Les données de ce tableau ne correspondent pas exactement à celles du tableau précédent, en raison de conventions de classement et de comptabilisation des dépenses différentes entre l'OCDE et l'Office statistique allemand.

773. Le chiffre donné par l'office statistique fédéral pour l'année 2012 diffère de celui des dépenses du Fonds de santé pour cette même année (184,25 Md€) parce que ce fonds comptabilise dans ses dépenses les mises en réserve provenant de ses excédents de l'année et que certaines de ses autres dépenses, pour un montant faible, ne sont pas retenues par l'Office statistique comme faisant partie des dépenses de santé (« *Explications des données retenues dans les statistiques* », comptabilité des dépenses de santé, code 23611, p. 3 et 4, Statistischesbundesamt, 2014).

2 - Des évolutions contrastées

a) En Allemagne : des taux de prise en charge supérieurs mais sur un périmètre plus étroit qu'en France et « un bouclier sanitaire »

En Allemagne, les taux de remboursement par l'assurance légale apparaissent nettement supérieurs à ceux de l'assurance maladie obligatoire de base française. Une étude de la CNAMTS portant sur l'année 2010 estimait ainsi la prise en charge des frais d'hospitalisation à 98 % en Allemagne contre 90,4 % en France, celle des honoraires médicaux à respectivement 95,3 % et 71 %, celle des soins dentaires conservateurs à 96 % contre 30 %, celle des actes de biologie à 100 % contre 72 % et celle des médicaments à 94,5 % contre 76,4 %.

Le « panier de biens et services » pris en charge par l'assurance légale apparaît cependant plus étroit que celui retenu en France. Les économies réalisées pour maintenir l'équilibre financier de l'assurance maladie légale avec notamment la loi portant modernisation de l'assurance maladie légale de 2003, se sont en effet plutôt faites en rationalisant son champ d'intervention. L'assurance légale s'est ainsi entièrement retirée des domaines des lunettes et des verres de contact⁷⁷⁴, des prothèses dentaires, des médicaments sans ordonnance et d'une grande partie des transports sanitaires⁷⁷⁵. De même, les prises en charge par l'assurance maladie légale des indemnités journalières en cas de maladie ont été réduites. Depuis lors, à la différence de la France, le salaire est maintenu intégralement par l'employeur pendant les six premières semaines, l'assurance maladie n'intervenant qu'ensuite.

Le poids des dépenses a également été réduit grâce à la mise en place de franchises sur de nombreuses prestations, qui se sont particulièrement développées en application de la loi portant modernisation de l'assurance maladie légale de 2003. Elles ont notamment touché les domaines de la médecine de ville⁷⁷⁶, de l'hôpital et des médicaments.

Pour atténuer l'impact de ces co-paiements, l'Allemagne a mis en place en 2004, au terme d'une longue évolution, un « bouclier sanitaire » protégeant de façon uniforme l'ensemble de la population couverte par

774. Sauf pour les enfants et les défauts de vision lourds.

775. Ceux qui ne sont pas prescrits par ordonnance ou ne sont pas en rapport avec une entrée, une sortie d'hôpital ou une urgence.

776. Cette catégorie de franchise a cependant pu être supprimée au 1^{er} janvier 2013, grâce à la bonne santé financière de l'AML.

l'assurance légale. Depuis lors, les ménages ne sont plus tenus de payer les tickets modérateurs et les franchises au-delà d'un seuil de 2 % du revenu brut annuel, cette limite étant abaissée à 1 % dans le cas des patients atteints de maladies chroniques nécessitant des traitements de longue durée.

Par ailleurs, l'ensemble de la population bénéficie d'une couverture maladie minimale, l'affiliation à l'assurance maladie ayant été rendue obligatoire à compter de 2009, cette charge étant financée par la solidarité.

b) En France : la priorité à la préservation du remboursement à 100 % des affections de longue durée et l'attrition consécutive de la prise en charge des soins courants

Les efforts pour contenir l'augmentation des dépenses de l'assurance maladie obligatoire de base ont conduit en France à réduire les taux de remboursement des soins courants.

Au-delà des tickets modérateurs⁷⁷⁷, y compris au titre des actes réalisés dans les hôpitaux, ces restes à charge comprennent le forfait journalier hospitalier (18 €), une participation forfaitaire de 1 € (consultations ou actes réalisés par un médecin, examens radiologiques et analyses de biologie médicale) et des franchises de 0,5 € (médicaments, actes paramédicaux) ou de 2 € (transports sanitaires). Ils revêtent souvent un caractère significatif, principalement pour les dépenses hospitalières⁷⁷⁸. Dans le même temps, les remboursements de l'assurance maladie ont été maintenus dans plusieurs domaines, notamment l'optique, pour lesquels les taux de prise en charge ne peuvent suffire à assurer une couverture satisfaisante pour les assurés.

Les patients atteints d'affections de longue durée (ALD), soit 9,6 millions de personnes à fin 2013, dont le nombre s'est fortement accru du fait du développement des pathologies chroniques et de

777. C'est-à-dire des taux de remboursement réduits.

778. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre X : la prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale, p. 289-320, septembre 2011, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

l'élargissement de la liste des affections en cause⁷⁷⁹, bénéficient cependant d'une prise en charge à 100 %.

Portée par la progression des affections chroniques, la dynamique des prises en charge à 100 % a ainsi eu tendance à entraîner une érosion de la prise en charge des soins courants des autres assurés et provoqué une nette différenciation des taux de prise en charge. Si l'assurance maladie a pris en charge en 2012 en moyenne 76,1 % des dépenses de soins présentées au remboursement, cette part atteignait 88,6 % pour les patients en ALD, mais 61,3 % pour les autres assurés et, pour ces derniers, seulement 51 % pour les soins ambulatoires.

Elle s'est accompagnée d'un développement corrélatif des assurances complémentaires⁷⁸⁰, qui a pour effet d'amortir globalement les effets des baisses de remboursement sur la consommation de soins, mais qui laisse dans certains cas, en fonction des contrats souscrits, des restes à financer conséquents pour les patients.

Afin de prévenir le renoncement aux soins, a été mise en place en 2000 la couverture maladie universelle de base, qui permet d'être affilié, généralement à titre gratuit, à l'assurance maladie en fonction d'un critère subsidiaire de résidence, lorsqu'aucun autre critère d'affiliation n'est satisfait⁷⁸¹. Cette couverture de base a été complétée par un dispositif gratuit de prise en charge complémentaire des dépenses de santé concentré sur les seules populations à bas revenu avec l'instauration, également en 2000, de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), puis par la mise en œuvre, à partir de 2005, d'une aide au financement d'une assurance complémentaire santé pour les personnes dont les revenus dépassent le plafond d'accès à la CMU-C (ACS)⁷⁸².

779. Du fait de la définition de la 31^{ème} (forme évolutive et invalidante d'une affection grave pour des soins prévisibles d'une durée supérieure à six mois) et de la 32^{ème} maladie (plusieurs affections conduisant à un état pathologique nécessitant les mêmes soins) en particulier.

780. Elles ont, notamment du fait des remboursements hospitaliers, augmenté de 1,2 point depuis 2003, où elles ne couvraient que 12,6 % des dépenses de santé en France (base de données santé OCDE).

781. Voir chapitre XII du présent rapport : l'accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler, p. 415-448.

782. Voir chapitre XII précité du présent rapport.

3 - Une articulation propre à chaque pays des systèmes d'assurance maladie publics avec les assurances privées

En France comme dans de nombreux pays membres de l'OCDE, se conjugue, dans la prise en charge des dépenses de santé, une assurance de base fournie par un dispositif public pour un panier de soins défini par la loi et des systèmes d'assurance complémentaire gérés par des intervenants privés. Cette organisation à deux étages ne s'applique toutefois pas complètement à l'Allemagne.

a) Une généralisation progressive de la couverture complémentaire santé en France

Le désengagement progressif de l'assurance maladie obligatoire a poussé en France au développement de la couverture complémentaire, facilité par des aides fiscales et sociales importantes en faveur de la complémentaire d'entreprise. En 2010, 95 % environ de la population française était couverte par une assurance complémentaire, dans le cadre de l'entreprise ou à titre individuel, ou par la CMU-C. Ces dispositifs prenaient en charge en 2012 13,8 % du total des dépenses de santé, contre 12,6 % en 2003.

La couverture maladie complémentaire est en voie de généralisation sous l'effet, d'une part, du relèvement important des plafonds d'accès à la CMU-C et à l'aide à la complémentaire santé et d'autre part, de l'extension au 1^{er} janvier 2016 de la protection complémentaire d'entreprise à l'ensemble des salariés, en application de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 conclu par les partenaires sociaux et transposé par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

b) Une place spécifique de l'assurance privée en Allemagne

En Allemagne, à côté de l'assurance maladie légale, des assurances maladie privées prennent en charge au premier euro - et non à titre de complément d'une prise en charge par une assurance maladie de base - la couverture de santé d'une partie de la population. Les fonctionnaires, les salariés disposant des revenus les plus élevés et certaines professions indépendantes peuvent en effet se soustraire à l'obligation de s'assurer dans le système légal pour s'assurer auprès d'assurances privées : 11 % de la population s'est ainsi affiliée à des assurances privées pour sa couverture santé.

Les dispositifs d'assurance maladie strictement complémentaires ne prennent en revanche en charge en Allemagne que 2 % environ des dépenses de santé. Le niveau de remboursement par l'assurance maladie légale laisse en effet, contrairement à la France, peu d'espace pour des offres de couverture complémentaire dont les assurés ressentent par ailleurs moins le besoin.

*
* *

Les similitudes dans l'organisation et les dépenses du système de santé des deux pays ne se retrouvent que partiellement dans l'organisation de l'assurance maladie. Des choix différents dans la structuration des responsabilités ont en effet été opérés, en développant l'« auto-administration » en Allemagne et en mettant au contraire en France, par le moyen de lois annuelles, la régulation de l'assurance maladie obligatoire de base sous le contrôle du Parlement et de l'État.

Sur le plan de la prise en charge des dépenses de soins par l'assurance de base, les chemins suivis se sont également écartés puisque l'Allemagne, qui a maintenu un niveau plus élevé de prise en charge mais sur un périmètre plus restreint, a progressivement associé des franchises croissantes à un « bouclier sanitaire », tandis que la France, dans un contexte de désengagement de l'assurance maladie des soins courants, a concentré les prises en charge sur les soins les plus lourds et les pathologies les plus graves, avec le dispositif des ALD, tout en encourageant le développement de la couverture complémentaire, notamment pour les ménages défavorisés, avec la CMU-C et l'ACS, et pour les salariés.

II - Des modes de régulation financière aux logiques différentes

A - Un objectif prioritaire d'équilibre des comptes en Allemagne

L'objectif prioritaire de maintien de l'équilibre financier de l'assurance maladie légale repose sur la combinaison d'un grand nombre d'instruments.

1 - Un principe central d'équilibre des comptes

Des règles de nature constitutionnelle exigent dès 2016 un retour à l'équilibre des finances de l'État fédéral⁷⁸³ (déficit limité à 0,35 % du PIB, sauf circonstances exceptionnelles) et imposent l'absence de déficit aux *Länder* à compter de 2020.

Un dispositif législatif spécifique contraint ainsi depuis 2009 l'ensemble des organismes de l'assurance maladie légale à éviter l'apparition de déficits, tout au moins tant que les réserves financières ne sont pas épuisées et fait que les cotisations pesant sur les employeurs ne peuvent augmenter, préservant ainsi la compétitivité des entreprises.

Le financement de l'assurance maladie légale en Allemagne

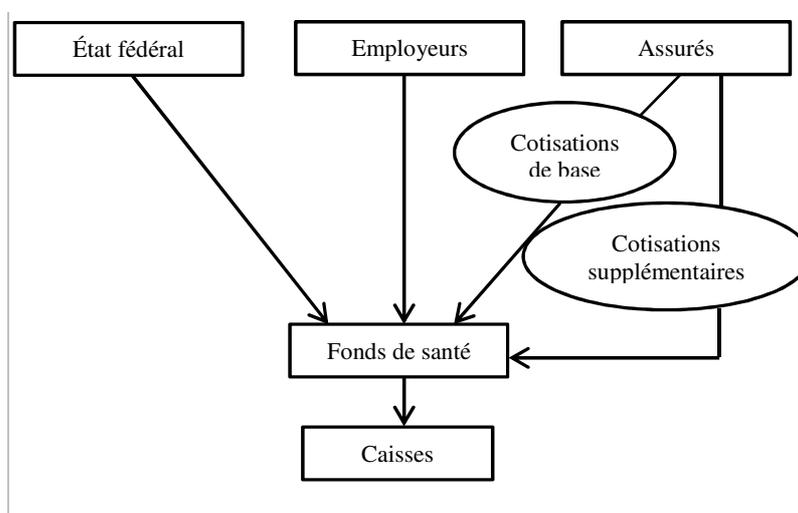
La loi relative au renforcement de la concurrence en assurance maladie du 26 mars 2007 a profondément modifié l'organisation du financement des caisses gérant l'assurance maladie légale.

La nécessité d'assurer l'équilibre simultané de l'ensemble d'entre elles, tout en unifiant les taux de cotisation, avait conduit le législateur allemand à développer, dans une première étape, des dispositifs de compensation inter-caisses.

783. En vertu des articles 109 (3), 115 et 143 de la Constitution qui portent le dispositif voté en 2009 de « frein à la dette ».

La réforme de 2007 a consisté à mettre en place un Fonds de santé qui mutualise l'ensemble des ressources, cotisations de base⁷⁸⁴ et subvention publique essentiellement et qui les répartit ensuite entre les caisses en fonction de critères uniformes, en prenant en compte les facteurs sous-tendant leurs dépenses, comme le nombre, l'âge, le sexe et la morbidité des personnes couvertes⁷⁸⁵.

Schéma^o 6 : organisation du financement de l'assurance maladie légale en Allemagne



Source : code social allemand, livre V.

Les niveaux respectifs des cotisations de base des entreprises et des assurés et de la subvention fédérale étant tous deux fixés par la loi, le besoin de financement supplémentaire éventuel du Fonds de santé comme de chacune des caisses est connu avant le début de l'exercice suivant. Pour le couvrir, le ministère de la santé détermine, sur la base des évaluations de recettes et de dépenses, le besoin moyen de cotisations supplémentaires que les caisses devront appeler pour équilibrer leurs comptes. Ce besoin moyen n'a pour l'essentiel qu'une valeur indicative. Il appartient à chaque caisse, en fonction de sa situation financière propre, de décider du taux de cotisation supplémentaire effectif à prélever auprès de ses membres, taux qui sera différent d'un organisme à l'autre.

784. Voir *infra* schéma n°1. Elles ont donc désormais un taux unique pour toute l'Allemagne.

785. Ce dispositif, dit de « compensation pour la structure du risque et de la morbidité », a été mis effectivement en place en 2009.

Ces cotisations supplémentaires ne sont en effet pas versées au Fonds de santé, mais restent affectées aux caisses et leur permettent de combler l'écart entre leurs dépenses et les versements qu'elles recevront du Fonds. Elles ne sont dues que par les assurés et ne pèsent pas sur les entreprises, ce qui permet de respecter dans tous les cas le principe de stabilité des prélèvements qui les affectent. Le montant et la forme de ces cotisations supplémentaires ont été modifiés en dernier lieu en 2014. Elles sont désormais proportionnelles aux revenus. Le niveau des cotisations de base a été fixé de telle sorte que le besoin moyen de cotisations supplémentaires s'est établi à 0,9 % en 2015.

Plusieurs dispositions assurent que les équilibres initiaux seront respectés en cours de gestion. Les dépenses prévues ne peuvent être dépassées puisque les versements effectués par le Fonds de santé aux caisses sont strictement déterminés par les prévisions de dépenses arrêtées lors de la préparation de l'exercice. Du côté des recettes, un mécanisme de réserve obligatoire permet de couvrir les variations interannuelles non prévues. Dans le cas où ce mécanisme ne suffirait pas, ce qui ne s'est jamais produit à ce jour, un emprunt auprès de l'État fédéral peut être momentanément appelé, mais il est remboursable au cours du même exercice, la caisse ayant l'obligation en tout état de cause de décider une augmentation des cotisations supplémentaires pour équilibrer les comptes de l'année en cours.

2 - Plusieurs mécanismes d'équilibrage complémentaires

Le respect des règles d'équilibre des comptes de l'assurance maladie légale⁷⁸⁶ est favorisé par l'utilisation de plusieurs leviers à la disposition des autorités chargées de sa gestion, au-delà du mécanisme des cotisations complémentaires : la subvention de l'État fédéral, l'utilisation des réserves accumulées et les lois de redressement des comptes en sont les principaux.

S'ajoutent à ces outils les marges de manœuvre créées par la prudence dans l'évaluation des recettes et des dépenses, qui contribuent à expliquer l'accumulation progressive d'excédents. Ces dernières années, en effet, les recettes se sont presque toujours révélées supérieures aux prévisions, tandis que les dépenses n'atteignaient pas celles escomptées.

786. Qui dérivent, outre des dispositions législatives présentées *supra*, de la règle générale d'équilibre de l'article 110 de la Constitution allemande.

a) La subvention de l'État fédéral et l'utilisation des réserves

L'État fédéral a commencé à intervenir dans le financement de l'assurance maladie en 2004, en mettant en place un soutien de base. Cette subvention a été portée à un niveau beaucoup plus important, plus de 15 Md€ par an, lors de la crise de 2009-2010.

À l'inverse, la bonne conjoncture de ces dernières années et l'accumulation de réserves dans l'assurance maladie légale ont permis, sans que l'équilibre de celle-ci soit mis en danger, plusieurs réductions dans les montants apportés par le *Bund*. Ces mouvements sont en partie programmés sur plusieurs années⁷⁸⁷. Le soutien fédéral n'est donc pas une subvention d'équilibre *ex post*, mais constitue plutôt l'un des leviers de l'équilibrage pluriannuel *ex ante* des comptes.

b) Les cotisations supplémentaires des assurés

Jusqu'ici, l'augmentation des subventions fédérales, puis les effets bénéfiques de la conjoncture économique favorable, n'ont pas laissé jouer un rôle significatif, au-delà de quelques augmentations ponctuelles, aux cotisations supplémentaires comme moyen d'ajustement des finances de l'assurance maladie légale.

La logique de la construction mise au point par les lois de 2007 et de 2014 exposée dans les développements précédents y pousse cependant à terme, puisqu'au moins à l'issue de l'épuisement des réserves et à défaut de nouvelle augmentation des transferts budgétaires du *Bund*, la croissance tendancielle des dépenses au-delà des recettes entrainera automatiquement l'appel des cotisations supplémentaires.

c) Les lois de rétablissement des comptes

Si le jeu des dispositifs inscrits dans le code social ne suffit pas, il reste la possibilité de modifier le fonctionnement du système ou de réduire les remboursements et les rémunérations qu'il définit.

Le législateur allemand ne procède pas par des lois annuelles sur le modèle français, mais intervient très régulièrement par des lois de réforme à la portée souvent multiple, portant sur les prestations, l'organisation et la tarification.

⁷⁸⁷ L'évolution de la subvention fédérale et le niveau des réserves sont détaillés *infra*.

Dans certains cas, des mesures de redressement des comptes sont au premier plan. Des lois de réforme de l'assurance légale ont joué ainsi, en 2003 et en 2010, à la fois sur les dépenses et sur la subvention de l'État fédéral. À l'inverse, la bonne conjoncture de ces dernières années a permis des augmentations de dépenses, dont la suppression de la franchise sur les consultations médicales et l'attribution de crédits supplémentaires pour les hôpitaux en 2014, financés en partie sur les réserves du Fonds de santé grâce à une disposition législative *ad hoc*.

La réactivité, dans le sens d'un durcissement ou au contraire d'un assouplissement des paramètres en dépenses et en recettes, apparaît donc comme l'une des composantes essentielles de l'approche allemande de la régulation par les soldes.

3 - Des dispositions visant à encadrer les dépenses

Sans constituer un élément de pilotage actif, certaines dispositions régissant l'assurance maladie introduisent des freins à la croissance des dépenses.

Un « principe de stabilité des taux de cotisation », de nature législative, s'applique à toutes les décisions prises par les caisses et les prestataires de soins dans leurs négociations de portée tarifaire ou de réorganisation des soins. Il vise à écarter ou à modifier les dispositions susceptibles de nécessiter, pour leur financement, une hausse du taux de cotisation.

Plus spécifiquement, la loi fixe certains facteurs à prendre en compte dans la fixation des honoraires des médecins. Le code social prévoit également des règles encadrant l'évolution des tarifs hospitaliers.

B - Un dispositif centré sur la maîtrise des dépenses en France

1 - L'ONDAM⁷⁸⁸

Le principal instrument d'action mis en place par les lois de financement de la sécurité sociale depuis la loi organique du 22 juillet 1996 est l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

788. Voir chapitre III du présent rapport : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une dynamique de croissance toujours soutenue en 2014, une trajectoire de ralentissement conditionnée à la réalisation d'économies structurelles, p. 95-142.

Cet instrument combine des prévisions de dépenses faites sur une part prépondérante du champ de l'assurance maladie de la sécurité sociale avec des mesures d'économies destinées à atteindre l'objectif fixé. Il a été renforcé par la loi organique du 2 août 2005 qui a réformé le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, puisqu'il est depuis lors voté par sous-objectifs décomposant les principaux secteurs de la dépense.

Comme son appellation l'indique, il s'agit d'un outil de régulation de la dépense, déterminant un taux d'évolution de cette dernière dans lequel doivent s'inscrire les différents acteurs du système de soins. Son efficacité s'est améliorée au cours de la période récente, notamment par la mise en place de gels sur les dotations hospitalières et d'une réserve tarifaire, ainsi que par l'abaissement du seuil d'intervention du Comité d'alerte qui avertit le Parlement en cas d'évolution des dépenses incompatible avec l'objectif voté.

Le respect de l'ONDAM a également été facilité par des erreurs de prévision sur la dépense tendancielle et la fixation de taux d'évolution relativement élevés à partir d'une base surévaluée. Ces limites, ainsi que l'attention exclusive qui a été accordée à cet objectif plutôt qu'à l'équilibre des comptes lui-même, ont permis que persistent, malgré son respect, des déficits élevés de l'assurance maladie, financés par endettement.

2 - Les contraintes limitées de la reprise de dettes

Les lois de financement de la sécurité sociale comportent peu d'instruments portant spécifiquement sur l'équilibre financier de l'assurance maladie obligatoire de base.

Le principal mécanisme de nature à peser sur l'apparition de déficits est celui qui limite les transferts de la dette sociale accumulée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Il est en effet, depuis la loi organique du 2 août 2005, obligatoire d'affecter des ressources à cette caisse à due concurrence du coût d'amortissement de la dette transférée. Cette obligation a d'autant moins pesé que le transfert des déficits de l'assurance maladie à la CADES n'est pas automatique.

Cette contrainte ne joue pas en effet pour la partie de la dette de l'assurance maladie à court terme qui demeure gérée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), dans l'attente d'un transfert

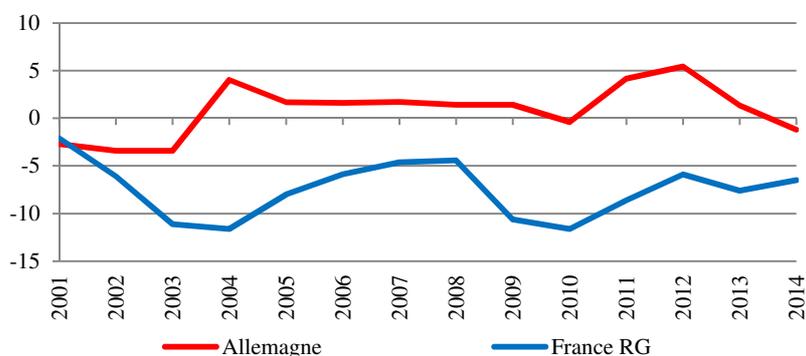
éventuel à la CADES (13 Md€ à fin 2014, au titre des exercices 2013 et 2014)⁷⁸⁹.

C - Des résultats de gestion contrastés

Le graphique présenté *infra* montre des résultats contrastés sur la période longue 2000-2014. Entre 2004 et 2013, l'assurance maladie légale allemande a constamment dégagé des excédents. Fin 2014, elle avait accumulé 11,8 Md€ d'excédents, tandis que la branche maladie du régime général de sécurité sociale français enregistrait 104,8 Md€ de déficits. Selon l'estimation de la Cour, la proportion de la dette transférée à la CADES qui provient de déficits de l'assurance maladie est de l'ordre de 55 %, ce qui signifie qu'un peu plus de la moitié de la charge annuelle d'amortissement de la CADES résulte des déficits de la branche maladie, soit de l'ordre de 0,4 point de PIB.

Graphique n° 46 : soldes de l'assurance maladie légale allemande et de la branche maladie du régime général français (2001-2014)

En Md€ courants



Source : Ministère fédéral de la santé, lois de financement de la sécurité sociale et rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

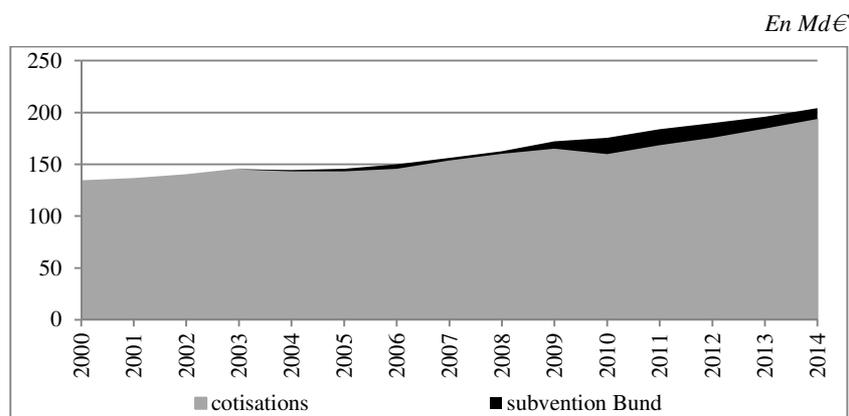
1 - Le pilotage des soldes en Allemagne

En Allemagne, le financement de l'assurance maladie repose essentiellement sur les cotisations acquittées par les employeurs et par les salariés. Celles-ci se montent au total en 2015 à 14,6 % du salaire dans la

789. Voir chapitre I du présent rapport : la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : une réduction modérée des déficits en 2014, un objectif de retour à l'équilibre reporté, p. 17-63.

limite d'un plafond⁷⁹⁰, réparties à égalité entre les deux contributeurs, à l'exception de la cotisation supplémentaire, qui s'ajoute à ces cotisations de base, mais qui pèse sur les seuls assurés (voir *supra*). La subvention de l'État fédéral vient en appoint de cette ressource principale⁷⁹¹.

Graphique n° 47 : évolution de la structure des recettes de l'assurance maladie légale en Allemagne (2000-2014)



Source : Ministère fédéral de la santé.

Au début de la décennie 2000, dans un contexte de faible croissance économique et de déficits publics, l'Allemagne s'est engagée dans une politique de réformes structurelles dans le domaine de la santé parallèlement à un effort de consolidation budgétaire.

Dans ce cadre, après deux années de déficits de l'assurance maladie, la loi portant modernisation de l'assurance maladie du 14 novembre 2003 a mis en place une série de mesures fortes, à hauteur de 1,1 % du PIB, conduisant au rétablissement des comptes de l'assurance maladie légale dès 2004. Ce texte a, comme vu *supra*, porté principalement des mesures de compression des dépenses de l'assurance maladie avec une forte augmentation des franchises payées par les patients, mais également un accroissement des recettes, avec l'introduction d'une subvention de l'État fédéral financée par une augmentation des droits sur le tabac, qui s'est montée en 2004 à 1 Md€, puis a été progressivement portée à 4,2 Md€ en 2006.

790. 4 050 € mensuels en 2014.

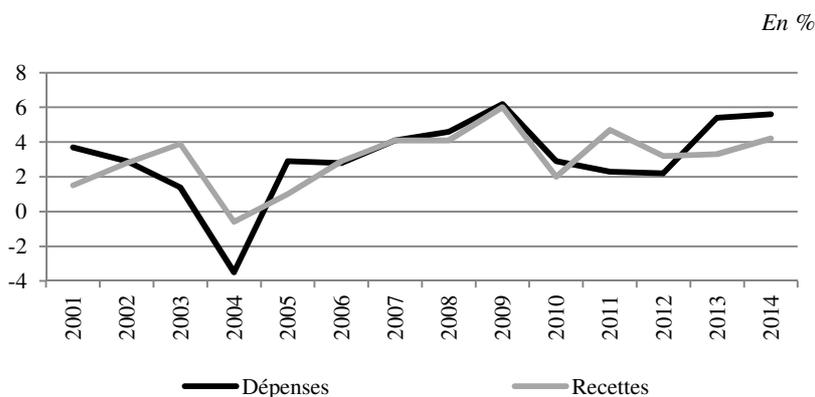
791. Les recettes sont constituées à 92,6 % par les cotisations et à 7,4 % par la subvention.

La loi relative au financement de l'assurance maladie légale du 22 décembre 2010 est venue quant à elle répondre aux difficultés économiques des années 2009-2010 en imposant notamment un « gel financier » aux caisses, en limitant fortement la rémunération des médecins pour les années 2011 et 2012 et, du côté des recettes, en augmentant substantiellement la subvention de l'État fédéral, jusqu'à 15,7 Md€ en 2010.

Les taux de cotisation ont eu tendance à augmenter pendant les phases de tension financière puisqu'ils sont passés de 13,54 % en moyenne en 2001 à 14,31 % en 2003 et de 13,28 % en 2006 à 15,5 % en 2011, alors qu'ils ont au contraire baissé en dehors de ces périodes.

Après 2012, les bonnes conditions financières d'ensemble de l'assurance maladie ont permis à la fois un accroissement des dépenses et une diminution de la subvention fédérale, qui ne s'élevait plus qu'à 10,5 Md€ en 2014.

Graphique n° 48 : taux de croissance des recettes et des dépenses de l'assurance maladie légale en Allemagne (2001-2014)



Source : Ministère fédéral de la santé.

2 - Un freinage plus marqué des dépenses en France ces dernières années

En France, les recettes ont été plus diversifiées qu'en Allemagne, puisque les cotisations ne représentent plus que 45,6 % du total, principalement du fait du poids de la cotisation sociale généralisée (CSG, 35,2 %). S'il n'y a pas, dans notre pays, de subvention budgétaire directe de l'État à l'assurance maladie comme en Allemagne, des ressources fiscales importantes ont toutefois été progressivement affectées à la

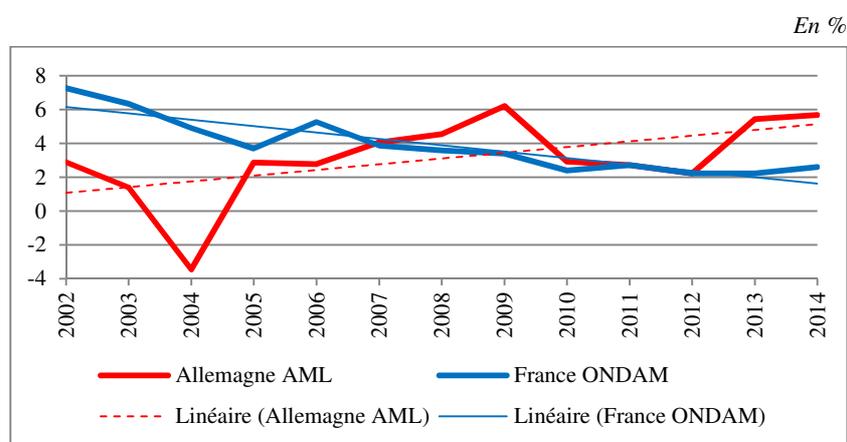
branche maladie pour compléter son financement. Elles représentent en 2015, pour le seul régime général, 23,9 Md€ et 16,6 % de ses recettes.

Du fait de la variété de ses ressources et de la moins grande sensibilité du PIB à la crise de 2009, la branche maladie doit en partie son déficit au dynamisme de ses dépenses et au fait que l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été, sur une grande partie de la période, dépassé.

Cependant l'accent mis, dans le pilotage des finances de l'assurance maladie, sur le contrôle de l'évolution des dépenses par l'ONDAM a enregistré des résultats positifs au cours de la période récente.

Alors que, jusqu'en 2007, les dépenses ont été plus dynamiques en France qu'en Allemagne, le graphique *infra* montre que depuis cette date, la situation inverse s'est presque toujours présentée, le différentiel des taux d'augmentation des dépenses devenant significatif en 2013 et 2014.

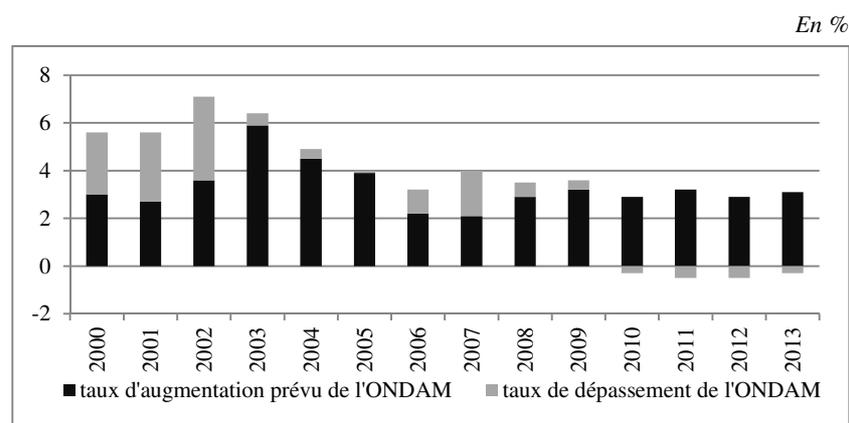
Graphique n° 49 : taux de progression de l'ONDAM en France et des dépenses de l'assurance maladie légale en Allemagne (2002-2014)



Source : Ministère fédéral de la santé, lois de financement de la sécurité sociale.

L'amélioration de la situation relève non seulement d'une modération croissante de l'augmentation des plafonds prévisionnels de dépenses, mais aussi de la disparition des dépassements à partir de 2010⁷⁹².

Graphique n° 50 : décomposition du taux d'augmentation de l'ONDAM



Source : Écosanté, CCSS.

La modération des dépenses ne s'est en revanche pas accompagnée d'une disparition des déficits de la branche maladie, comme vu *supra*. Le dispositif de limitation des reprises de dettes par la CADES s'est dans une certaine mesure transformé en un mécanisme de financement des déficits.

792. Le taux de croissance de l'ONDAM est cependant resté en France, pendant toute la période, nettement supérieur à la croissance économique exprimée en termes nominaux et ce dans une mesure supérieure à l'Allemagne, ce qui explique notamment que la part des dépenses de santé dans le PIB augmente tendanciellement plus vite dans le premier que dans le second pays (cf. *supra*, graphique n° 45).

Des performances inégales en matière de dépenses administratives

Les dépenses administratives semblent de prime abord plus faibles en France puisqu'elles s'y montaient, pour l'assurance maladie obligatoire de base, à 6,5 Md€ en 2011, alors que le Fonds de santé allemand a versé cette même année 9,4 Md€ aux caisses à ce titre⁷⁹³.

Toutefois, lorsque l'on cherche à appréhender l'ensemble des coûts de gestion de l'assurance maladie en intégrant ceux de l'assurance complémentaire en France et ceux de l'assurance privée en Allemagne, la comparaison est plus favorable à ce dernier pays. Les dépenses administratives de l'assurance maladie complémentaire ont en effet été évaluées récemment à 6 Md€ par les inspections générales des finances et des affaires sociales⁷⁹⁴, alors qu'en Allemagne, elles s'élèvent à 3,25 Md€⁷⁹⁵.

Au total, le coût de fonctionnement de l'assurance maladie prise dans son ensemble serait donc inférieur en Allemagne à ce qu'il est en France (environ 160 € par habitant contre environ 195 €/habitant).

*

* *

Les deux pays ont développé des philosophies distinctes de la régulation financière de l'assurance maladie. C'est un principe d'équilibre des comptes qui a été introduit en Allemagne, sous des formes variées, dans les règles de pilotage budgétaire des organismes qui gèrent les prestations de l'assurance maladie légale. Son application est facilitée par des leviers d'action diversifiés. En France, au contraire, c'est, avec l'ONDAM, un outil de contrôle des dépenses qui a été mis en œuvre et progressivement renforcé.

793. Une étude de 2010 montre que les dépenses réelles sont légèrement inférieures à ce chiffre (*Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung ADMED*), *Potentiels d'économies dans les coûts administratifs des caisses d'assurance maladie légale (Einsparpotenziale bei den Verwaltungskosten gesetzlicher Krankenversicherungen)*. Le ministère fédéral de la santé signale en outre de fortes disparités entre les caisses (de 3,5 % à 6,5 % de dépenses administratives). Les chiffres français et allemands provenant de sources différentes et non harmonisées (CCSS et BMG), des différences de méthodes de comptabilisation peuvent exister.

794. IGF-IGAS, *Rapport sur les coûts de gestion de l'assurance maladie*, septembre 2013.

795. Le chiffre d'affaire total de l'assurance privée était de 33,2 Md€ en 2014 (rapport d'activité de l'Union des assurances privées), hors assurance dépendance et contrats particuliers. Sur cette somme, 7,7 Md€ concernent l'assurance complémentaire. La même source chiffre à 3,25 Md€ les coûts administratifs de gestion de ces contrats.

Cette différence dans le choix des instruments mis en œuvre se retrouve dans les résultats de la gestion. En effet, l'Allemagne a réagi rapidement lorsque sont apparues des difficultés financières et est parvenue à gérer l'assurance maladie légale à l'équilibre et même en excédent sur la durée. En France, en revanche, de meilleures performances ont été atteintes dans la maîtrise des dépenses, mais tardivement. Malgré ces progrès, l'assurance maladie n'est pas gérée en fonction d'un principe d'équilibre de ses comptes, ce qui concourt à expliquer la permanence de son déficit depuis le début des années 2000.

III - Des formules propres à chaque pays pour le pilotage des dépenses sectorielles

A - Des enjeux similaires pour les dépenses hospitalières

Entre 2003 et 2012, les dépenses hospitalières courantes⁷⁹⁶ ont connu une croissance légèrement moins dynamique outre-Rhin (+35,7 % en France, +31,4 % en Allemagne). La situation s'est cependant inversée en fin de période : entre 2008 et 2012, les dépenses hospitalières allemandes ont crû de 17,1 % contre 11,8 % pour les dépenses françaises.

1 - La réorganisation de l'offre : un enjeu en Allemagne comme en France

a) La restructuration des hôpitaux et le pilotage de l'offre

Les deux pays sont engagés dans une démarche de rationalisation de leur parc hospitalier qui s'est traduite, entre 2000 et 2012, par une diminution du nombre des lits de 10,5 % en Allemagne (-11,8 % pour le court séjour) et de 14,4 % en France (-8,2 % pour le même secteur).

À la différence de la France, cette diminution du nombre des lits s'est accompagnée en Allemagne d'une progression nette de la part de marché des établissements privés à but lucratif (+ 3,5 points entre 2006 et 2012), au détriment de l'hôpital public. Cette situation s'explique par un important mouvement d'absorption de structures publiques par des

796. Les données utilisées sont celles de l'OCDE. L'agrégat inclut les soins aigus et les soins de suite et de réadaptation. L'investissement, qui n'est pas financé par l'assurance maladie légale en Allemagne, mais par les *Länder*, n'est pas inclus.

chaînes d'hôpitaux privés à but lucratif, notamment dans les *Länder* orientaux⁷⁹⁷.

Le pilotage de l'offre de soins hospitaliers est en Allemagne de la responsabilité des *Länder*. Ils élaborent une carte hospitalière qui détermine le niveau de l'offre, à la fois en quantité (nombre de lits, nombre de sites, taux d'occupation cible) et en qualité (spécialités, degré de technicité ou de spécialisation des structures). La compétence des *Länder* se limite cependant aux soins de médecine, chirurgie et obstétrique et aux soins psychiatriques. Ils disposent également d'un droit de regard sur la qualité de la gestion des hôpitaux dès lors que leur activité pourrait être mises en péril. Ils peuvent ainsi conseiller les établissements, voire décider de mesures de redressement financier, comme par exemple la fermeture d'un site ou d'un service ou encore sa fusion avec une autre entité.

En France, l'offre hospitalière est également pilotée dans un cadre territorial, mais ce pilotage relève de la compétence de l'État et des établissements publics nationaux que sont les agences régionales de santé, qui partagent avec le système allemand une compétence unifiée sur les établissements hospitaliers quel qu'en soit le statut, mais élargie aussi à tous les acteurs du système de soins : soins hospitaliers, soins ambulatoires et prise en charge médico-sociale.

b) Une activité en plus forte croissance en Allemagne

Les différences de périmètre et, en particulier, l'existence en France d'une activité de soins ambulatoires à l'hôpital ancienne et significativement plus développée qu'en Allemagne, rendent préférable, plutôt qu'une comparaison globale des niveaux d'activité des hôpitaux allemands et français, le recours à des données plus spécifiques. Pour ce qui concerne les séjours en hospitalisation complète, tels que mesurés par l'OCDE, la période 2006 à 2011 est marquée en Allemagne par une progression significative (+10,4 %, soit 22,3 séjours par million

797. La répartition des établissements de santé est de 35 % pour les hôpitaux publics, 26 % pour les établissements privés à but non lucratif et 39 % pour les cliniques privées en France et de 30 % pour les hôpitaux publics, 34 % pour les établissements privés à but non lucratif et 34 % pour les cliniques privées à but lucratif en Allemagne.

d'habitant), alors qu'elle est stable en France (-0,4 %, soit 18,2 séjours par million d'habitants en 2011⁷⁹⁸).

Cette augmentation des volumes d'activité s'explique par une diminution sensible de la durée des séjours, dans un contexte de croissance du taux d'occupation des lits à compter de 2006 (79,2 % en 2012⁷⁹⁹), c'est-à-dire pendant la période de montée en charge de la tarification à l'activité. Elle s'est accompagnée de gains de productivité sur les séjours, dont les coûts ont crû moins vite que le total des coûts de l'hôpital depuis le milieu des années 2000.

Les caisses d'assurance maladie allemandes estiment que la croissance de l'activité des hôpitaux, qui s'appuie sur une échelle de classification des coûts relatifs d'une série de groupes homogènes de séjours (*casemix*), a été en moyenne de 3 % par an ces dernières années et que seul un tiers de cette croissance peut s'expliquer par l'évolution démographique. Le rapport réalisé en application d'une disposition législative de 2012⁸⁰⁰ sur les raisons du développement de l'activité dans les hôpitaux a également montré une influence de la tarification à l'activité sur la progression de celle-ci.

En conséquence, certaines mesures adoptées récemment, de même que la réforme de certaines modalités de l'assurance maladie en cours de discussion⁸⁰¹ cherchent à accentuer la réorganisation des soins, que ce soit par la transformation des surcapacités hospitalières au travers du fonds de restructuration créé en 2015 et financé par l'assurance maladie légale et par les *Länder*, ou par l'introduction de critères de qualité et de pertinence des soins pour le remboursement.

798. Ces données ne prennent pas en compte l'activité en ambulatoire et les soins de ville réalisés à l'hôpital.

799. Base de données statistiques de l'OCDE.

800. La législation sur le financement des hôpitaux prévoyait que les partenaires de l'« auto-administration » devaient commander une étude sur les raisons de l'inflation de l'activité et les solutions à apporter.

801. Projet de loi sur le renforcement des soins médicaux dans l'assurance maladie légale.

2 - L'encadrement financier des hôpitaux : la négociation des budgets en Allemagne, une déclinaison de l'ONDAM en France

a) Un choix identique de tarification à l'activité, mais des conceptions différentes

L'Allemagne a, comme la France, opté pour un mode de remboursement des dépenses de soins hospitaliers reposant sur le niveau d'activité effectif. Il concerne depuis 2014 aussi bien les soins des services de médecine, chirurgie et obstétrique que les soins psychiatriques en Allemagne, mais continue à porter uniquement sur les premiers en France. Ce choix obéit à la nécessité non seulement de mieux maîtriser les ressources consacrées à l'hôpital, mais aussi de mieux répartir les moyens en fonction des niveaux d'activité réels et de gagner en efficacité. Les outils déployés dans les deux pays présentent cependant des différences.

Des différences notables dans la construction et le déploiement de l'outil de tarification

La tarification à l'activité (T2A), introduite progressivement en France à partir de 2004, consiste à rémunérer les établissements de soins non plus de façon forfaitaire, comme c'était le cas auparavant, mais en fonction des prestations effectivement réalisées et selon un tarif précis. À cette fin, une classification des actes a été établie et des enquêtes ont permis de constituer des référentiels de coûts. Les tarifs ainsi fixés sont revus tous les ans dans leur niveau global, en lien avec l'évolution de l'ONDAM et partiellement lorsque des analyses de coûts plus précises sont menées ou des reclassifications sont opérées. Des dotations complémentaires continuent de s'ajouter à la rémunération tarifaire pour certains établissements, au titre notamment des missions d'intérêt général⁸⁰².

L'Allemagne a mis en place, à la même date qu'en France, une tarification à l'activité. Elle repose sur une échelle de classification des coûts relatifs d'une série de groupes homogènes de séjours. L'activité des hôpitaux se traduit donc par une valeur, le *casemix*, qui représente le nombre de séjours multiplié par la valeur relative de chaque séjour. Le budget de l'hôpital est le résultat de la multiplication du *casemix* par le prix de base moyen valable à l'échelle du *Land*.

802. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre VII : tarification à l'activité et convergence tarifaire, p. 199-227, septembre 2011, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

La mise en œuvre de la réforme a été assortie d'une période durant laquelle les prix de base individuels de chaque hôpital ont convergé vers le prix moyen du *Land*. À la différence de la France, la période de transition s'est donc effectuée par un alignement progressif des prix vers le prix moyen plutôt que par une extension par étape du champ des activités soumises à la tarification à l'activité.

Une autre différence significative entre les systèmes allemand et français de tarification à l'activité tient au fait que des tarifs identiques s'appliquent à l'ensemble des établissements, quel qu'en soit le statut (hôpitaux publics, cliniques privées à but lucratif ou non lucratif).

L'élaboration de l'échelle relative des coûts des séjours relève d'une structure gérée conjointement par les représentants des assurances maladie légale et privée et ceux des hôpitaux. Elle repose sur l'analyse des coûts d'exploitation de plus de 200 hôpitaux. À la différence du système français, ces coûts sont considérés hors amortissement, les dépenses d'investissement ne relevant pas de l'assurance maladie légale, mais des *Länder*.

b) Une régulation décentralisée des tarifs et des volumes en Allemagne, une régulation centralisée en France

La régulation de la dépense hospitalière repose en Allemagne sur un système de négociations successives entre les caisses d'assurance maladie et les offreurs de soins. À l'échelon fédéral, les partenaires (Confédération fédérale des caisses d'assurance maladie, Union des assurances privées, Fédération des hôpitaux allemands) négocient un taux plafond de progression du prix unitaire applicable au *casemix*. Il doit être compris entre des bornes fixées par la loi et ne peut, sauf disposition législative expresse, être inférieur à l'indice de l'évolution des coûts des hôpitaux calculé par l'office fédéral des statistiques. Le *Bund* se réserve le droit d'intervenir de façon ponctuelle dans la fixation de ce taux.

Ce taux plafond est ensuite utilisé dans le cadre des négociations entre les partenaires qui arrêtent le prix unitaire dans chaque *Land*. La marge de négociation des partenaires tend cependant à s'amoinrir : depuis 2010, les prix unitaires des *Länder* convergent vers un corridor étroit autour de la moyenne fédérale⁸⁰³.

L'étape la plus déterminante en termes de régulation de la dépense consiste dans la troisième phase de la négociation qui a lieu entre chaque hôpital et les caisses d'assurance maladie. Elle permet de déterminer un

803. Le prix unitaire négocié dans un *Land* doit se situer entre 98,75 % et 102,5 % du prix unitaire moyen fédéral pondéré par les séjours hospitaliers effectifs.

volume d'activité pondéré (*casemix*) autorisé auquel sera appliqué le prix unitaire. Ce budget est partiellement opposable aux hôpitaux au travers d'un double mécanisme de dégressivité tarifaire. Le premier mécanisme consiste en un bonus-malus incitant les hôpitaux à rester dans le volume d'activité négocié : une décote de 65 % du prix unitaire est appliquée aux volumes réalisés en dépassement du budget, tandis que les sous-exécutions ouvrent droit à un paiement compensatoire égal à 20 %. Un deuxième mécanisme de décote concerne les augmentations de volumes négociés d'une année sur l'autre. Il se traduit par une moindre progression du prix unitaire négocié au niveau du *Land*. Un institut de recherche allemand⁸⁰⁴ a estimé que la progression des volumes pondérés des séjours de 1 % avait conduit entre 2010 et 2013 à une réduction de 0,24 % de la croissance du prix unitaire fixé à l'échelon fédéré. Depuis 2013, ce mécanisme de décote, qui du fait de son articulation avec le prix unitaire du *Land*, ne touche pas seulement les hôpitaux à l'origine de l'accroissement de l'activité, est neutralisé partiellement pour les établissements dont l'activité n'a pas progressé d'une année sur l'autre.

Bien que les évolutions des prix unitaires soient déterminées *ex ante* par les négociations aux niveaux du *Bund* et des *Länder*, c'est bien dans chaque hôpital que s'effectue l'essentiel de la régulation : du fait des mécanismes de décotes, le prix unitaire moyen varie pour chaque hôpital en fonction de son niveau d'activité au sein d'une enveloppe individuelle non fermée.

Les outils de régulation ont ainsi été construits en Allemagne à l'inverse de ce qui existe en France, où la régulation s'exerce essentiellement « par le haut » : le prix unitaire sur la base duquel est calculé le niveau de remboursement de chaque type de séjour varie en fonction du niveau d'une enveloppe globale de dépenses - l'« ONDAM hospitalier » - adoptée dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale. En cas de dérapage de la dépense, un ajustement du prix unitaire peut être effectué au niveau national pour que la dépense reste dans des limites compatibles avec l'évolution projetée de l'ONDAM. La mise en place fin 2014 d'un mécanisme de dégressivité tarifaire individualisé⁸⁰⁵ contribue cependant à rapprocher les deux systèmes même si la dégressivité tarifaire pour les volumes d'activité réalisés au-delà des

804. Étude de l'institut de recherche économique de Rhénanie Nord-Westphalie réalisée à la demande du ministère fédéral de la santé sur les fondements des différences dans les prix unitaires à l'échelon fédéré (décembre 2013).

805. En application de l'article L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale.

seuils est aujourd'hui moindre (20 %) ⁸⁰⁶ et le périmètre des soins concernés plus étroit.

c) Des dépenses d'investissement financées par les Länder en Allemagne et par l'assurance maladie en France

Le système de financement des hôpitaux allemands est dit « dual » en ce qu'il associe deux catégories d'acteurs : les caisses d'assurance maladie assurent le remboursement des dépenses courantes, tandis que les *Länder* financent les investissements (2,7 Md€ en 2012) ⁸⁰⁷. Cette responsabilité est le pendant de leur compétence dans la détermination de la capacité hospitalière sur leur territoire.

Les subventions peuvent prendre deux formes : les investissements courants donnent lieu au versement d'une subvention forfaitaire, tandis que les grands projets font l'objet de subventions attribuées au cas par cas. Il existe cependant une tendance dans certains *Länder* à la globalisation des subventions pour équipements lourds sur la base d'un forfait annuel et non de projets précis. Ces forfaits peuvent être assortis d'une garantie de versement qui les rend comparables dans le principe aux aides à l'endettement par dotation reductible existant en France. Ils restent cependant moins développés outre-Rhin.

La période récente a été marquée en France par une forte relance de l'investissement hospitalier dans le cadre des Plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012. La situation est inverse en Allemagne où les contraintes budgétaires pesant sur les *Länder* ont conduit ceux-ci à réduire, sensiblement pour certains, les subventions pour équipement lourd (- 35 % sur la période 2000 - 2011).

806. Arrêté du 4 mars 2015 fixant pour l'année 2015 les paramètres d'application du mécanisme de dégressivité tarifaire prévus par l'article R. 162-42-1-4 du code de la sécurité sociale.

807. Cette différence introduit donc un décalage dans la comparaison des dépenses hospitalières et d'assurance maladie entre les deux pays. Celui-ci est toutefois d'ampleur modeste, puisque les sommes en cause ne représentaient en 2012 que 3,3 % des dépenses hospitalières et moins de 1,4 % de celles de l'assurance maladie légale.

B - Des rémunérations des médecins à la fois plus encadrées et plus élevées en Allemagne

1 - Une décision tarifaire appuyée sur une négociation à deux niveaux en Allemagne et étroitement centralisée en France

a) Un processus large et à double niveau en Allemagne

La détermination des honoraires des médecins en Allemagne illustre pleinement le fonctionnement de l'« auto-administration » de l'assurance maladie. Les décisions sont prises au cours d'un processus de négociation à deux niveaux.

Dans chaque *Land*, les caisses, représentées par un groupement, discutent avec une Union de médecins de caisses, collectivité de droit public représentant l'ensemble des praticiens travaillant avec l'assurance maladie légale. Ces unions de médecins de caisses répartissent ensuite entre les praticiens de leur ressort les honoraires qu'elles ont négociés avec les caisses et participent à la surveillance de l'exercice de la profession.

Au niveau central, une Confédération fédérale des caisses d'assurance maladie, créée par la loi en 2007, a compétence pour représenter l'ensemble des caisses et pour négocier avec l'association fédérale des médecins de caisse au sein d'un Comité d'évaluation.

Le bon fonctionnement de ces dispositifs complexes, rassemblant de nombreux acteurs à différents niveaux d'organisation géographique est facilité par plusieurs instruments.

Le premier d'entre eux est le contrat collectif. Conclu directement entre les organisations de caisses et les unions de médecins, il a directement force obligatoire, sans qu'aucune approbation par une autorité de tutelle soit nécessaire et s'applique à tous les praticiens comme à toutes les caisses.

L'organisation des acteurs de la négociation est un deuxième facteur d'efficacité du dispositif de négociation. Les présidents élus des unions de médecins ont la capacité de signer les accords qu'ils discutent, sans être tenus d'obtenir un accord spécifique de leurs mandants.

Un mécanisme de règlement des différends efficace vient enfin assurer qu'une solution sera dans tous les cas trouvée à des problèmes qui mobilisent souvent des positions opposées de la part des prestataires de soins et des caisses d'assurance maladie. Lorsque, comme c'est le cas presque chaque année, les deux parties ne parviennent pas à se mettre

d'accord dans le cadre du Comité d'évaluation sur le niveau des rémunérations à accorder pour l'année à venir, un comité élargi est mis en place, dont le président, en cas de divergence persistante, peut imposer un arbitrage appuyé par seulement l'une des parties.

b) Une négociation conventionnelle centralisée qui ne réussit pas à associer tous les acteurs en France

Une tentative de réorganisation a été menée avec la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie pour mieux fédérer les participants à la négociation conventionnelle. Elle s'est en partie inspirée des dispositions en vigueur en Allemagne.

Du côté des assureurs, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), qui rassemble l'ensemble des caisses, est maintenant en principe responsable de la conclusion des conventions, alors que dans le régime antérieur, les présidents des conseils d'administration des trois principaux régimes (général, agricole et des indépendants) participaient aux discussions. Dans le cadre de cette architecture plus resserrée, le directeur général de la CNAMTS, qui remplit statutairement la même fonction à l'UNCAM, est chargé de conduire les négociations. De plus, alors même que, contrairement à l'Allemagne où elle n'a qu'un rôle marginal, l'assurance complémentaire participe en France de façon essentielle au financement des professions de santé, elle n'est dans les faits qu'imparfaitement intégrée aux négociations. Son instance représentative, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, n'a pas été partie prenante à la négociation de nombreux accords.

Du côté des professions de santé, la loi prévoyait d'équilibrer le pôle de l'UNCAM par une Union nationale des professions de santé. Cette disposition n'a pas produit l'effet escompté, car cette structure ne joue pas de rôle interprofessionnel réel. Les règles de conclusion des accords nécessitent toujours la signature d'organisations reconnues représentatives ayant obtenu au moins 30 % des suffrages au niveau national aux élections aux unions régionales des professions de santé.

Enfin, contrairement à l'Allemagne, les partenaires de la négociation n'en sont pas les seuls acteurs. S'il n'y participe pas directement, l'État intervient dans les faits fréquemment.

2 - Des enveloppes de rémunération limitatives en Allemagne

Des limitations dans les paiements totaux aux cabinets de médecins existent en Allemagne sous diverses formes depuis 1996. Dans le système en vigueur depuis 2009, les deux tiers environ des versements faits par l'assurance médicale légale, soit 31,4 Md€ en 2013, sont bornés par des enveloppes qui ne peuvent être dépassées et dont les niveaux sont renégociés chaque année⁸⁰⁸.

Dans ce système, certains éléments de la rémunération des médecins font l'objet de décisions d'ensemble au niveau fédéral, selon les procédures de l'« auto-administration » exposées *supra*. Il s'agit de la Grille uniforme d'évaluation, qui détermine la liste et la valeur en points des prestations remboursées par l'assurance légale et de la valeur d'orientation du point. D'autres mesures connexes sont souvent décidées au cours des négociations tarifaires annuelles du Comité d'évaluation.

Schéma° 7 : calcul des tarifs des prestations en Allemagne

Tarif d'une prestation	=	Valeur en points de la prestation dans la grille	X	Valeur du point
-------------------------------	----------	---	----------	------------------------

Source : Cour des comptes d'après le code social allemand, livre V.

Le cadre s'appliquant effectivement aux praticiens est toutefois discuté au niveau de chaque *Land*.

Il consiste tout d'abord à déterminer une « enveloppe de rémunération globale liée à la morbidité » qui fixe la limite budgétaire maximale des dépenses de médecine de ville. Pour l'établir, il est nécessaire de combiner des éléments de prix et des quantités. Pour ce qui est des prix, certaines adaptations de la grille et de la valeur du point fédérales peuvent être arrêtées, quoique ce type de décision ne soit pris que très rarement. La fixation des paramètres quantitatifs à retenir pour l'année suivante, en fonction des besoins de soins exprimés (soins facturés l'année précédente, évolution du nombre des assurés et de leur morbidité), a, en revanche, une grande influence sur le montant final de l'enveloppe.

⁸⁰⁸ . Les autres paiements concernent les circonstances imprévues comme les épidémies, ainsi que les prestations que les pouvoirs publics souhaitent encourager pour des raisons de santé publique (vaccinations, dépistages, chirurgie ambulatoire, programmes de gestion des maladies chroniques par exemple).

Tableau n° 98 : organisation de la négociation de la rémunération sous enveloppe des médecins en Allemagne

Niveau d'organisation	Participants à la négociation	Résultat de la négociation
<i>Bund</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Confédération fédérale des caisses d'assurance maladie • Union fédérale des médecins de caisses (représentées paritairement au sein du Comité d'évaluation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Valeur fédérale d'orientation du point • Grille uniforme d'évaluation
<i>Länder</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Caisses locales d'assurance maladie • Union locale des médecins de caisse 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation locale de la valeur du point (rare) • Adaptation locale de la grille (rare) • Détermination des volumes de soins conduisant à celle d'une enveloppe de rémunérations globale

Source : Cour des comptes d'après le code social allemand, livre V.

Les paiements concernant les soins extérieurs à « l'enveloppe de rémunération globale liée à la morbidité », s'ils ne sont pas strictement plafonnés, font toutefois l'objet de discussions entre les caisses et les médecins. Dans certains cas, des volumes cibles d'actes sont contractualisés.

La régulation des dépenses de médicaments en Allemagne

Les dépenses de médicaments restent inférieures en Allemagne malgré leur récent freinage en France : le médicament représentait en 2011 15,6 % des dépenses de santé en France, contre 14,1 % en Allemagne. En outre, la part de marché des médicaments génériques y est l'une des plus hautes d'Europe (75 % des volumes, contre 35 % en France en 2011).

Les outils de régulation outre-Rhin reposent assez largement sur la responsabilisation de l'ensemble des acteurs et l'utilisation de la concurrence entre laboratoires pour faire pression sur les prix.

Les laboratoires

Plusieurs dispositifs visent à compenser le bénéfice que les laboratoires tirent de la liberté des prix.

Les tarifs de remboursement - ou tarifs de référence - de l'assurance maladie sont fixés à un niveau se situant dans le tiers inférieur des prix du marché de façon à inciter les laboratoires à baisser leurs prix afin de gagner des parts de marché.

En outre, les laboratoires doivent également contribuer à l'effort de retour à l'équilibre de l'assurance maladie par le biais des rabais légaux qu'ils accordent aux caisses d'assurance maladie, dont les taux varient en fonction de la situation financière de l'assurance maladie, ou par des gels de prix. Les caisses peuvent également négocier des rabais spécifiques directement avec les laboratoires.

Ces mécanismes s'appuient sur l'obligation faite aux pharmaciens de substituer au médicament prescrit un équivalent moins cher ou un médicament pour lequel un accord de caisse existe, sauf mention expresse du médecin sur l'ordonnance. À la différence de la France, ce ne sont pas les médicaments équivalents qui figurent sur une liste positive (répertoire des médicaments génériques), mais les médicaments non substituables.

Enfin, comme en France, un mécanisme permet de fixer le tarif de remboursement des médicaments innovants à un niveau directement en lien avec l'amélioration du service médical rendu.

Les prescripteurs

Les médecins sont également soumis à une régulation par leurs pairs et par l'assurance maladie afin que le volume de leurs prescriptions ne dépasse pas de plus de 25 % un niveau négocié annuellement. Bien que les sanctions prévues par les textes – remboursement des dépenses indues à l'assurance maladie – restent rarement appliquées, leur existence exerce, de l'avis des représentants de l'assurance maladie comme des médecins, une pression sur les volumes prescrits.

Les médecins bénéficient également d'une information statistique complète sur les pratiques de leurs pairs, les prix des médicaments et les montants concernés afin d'orienter leur propre pratique.

Les assurés

La responsabilisation des assurés passe tant par le niveau de remboursement avec l'existence de tickets modérateurs relativement élevés (entre 5 et 10 € par boîte), qui s'ajoutent à la différence qui peut exister entre le prix pratiqué par le laboratoire et le tarif de remboursement fixé par l'assurance maladie (l'impact des écarts en question sur l'accès aux soins étant maîtrisé par l'existence d'un bouclier sanitaire fonction du revenu de l'assuré, voir *supra*). En sens inverse, les assurés peuvent être exemptés du paiement du ticket modérateur lorsque le prix du médicament est inférieur au tarif de remboursement.

3 - Une répartition des honoraires entre médecins fondée sur le tiers-payant

a) Un mécanisme de limitation quantitatif

Les médecins de ville allemands ne sont pas, au contraire de leurs homologues français, payés directement par les patients, mais par leurs unions⁸⁰⁹.

La répartition, à l'intérieur de l'enveloppe de rémunération globale, des honoraires versés aux différents praticiens est effectuée par les unions de médecins selon des modalités complexes qui peuvent en outre varier d'un *Land* à l'autre.

Dans son principe, le mécanisme s'apparente toutefois à un « droit de tirage » à l'intérieur d'une limite. Les praticiens disposent chacun d'une référence⁸¹⁰, établie en tenant compte de leur activité passée⁸¹¹. Les actes qui sont réalisés en deçà de cette référence reçoivent au cours de la période qui suit une rémunération pleine, ceux qui la dépassent sont au contraire rétribués de façon dégressive, en fonction du dépassement de l'enveloppe de rémunération globale par l'ensemble des médecins⁸¹² et de façon à ce que la limite budgétaire régionale ne soit pas dépassée.

b) Les conséquences sur l'accès aux soins et sur les dispositifs de réorganisation des acteurs du système de santé

Outre qu'il simplifie la négociation paritaire en la concentrant, pour une bonne part, sur un seul chiffre, le système de rémunération sous enveloppe permet, tout en se référant à une grille tarifaire, de ne pas figer les rémunérations individuelles, qui doivent être compatibles dans tous les cas avec une limite globale. En revanche, la menace de sanction en cas de dépassement fait que certains soins non urgents peuvent être reportés à la période trimestrielle suivante.

Sans devoir recourir à des suppléments d'honoraires au-delà de la Grille uniforme d'évaluation, le système de rémunération ménage également, par le simple jeu de l'exonération des abattements, des marges

809. Sauf pour les patients qui relèvent de l'assurance privée.

810. Ce sont des « quantités de services standard curatifs » pour la majorité des actes et des « volumes additionnels liés à des qualifications » pour certains autres.

811. Des abattements affectent toutefois les cabinets les plus importants.

812. Ainsi, un médecin ayant dépassé sa référence sans que, pendant la même période, la limite budgétaire régionale ait été dépassée, ne sera pas pénalisé.

de manœuvre pour des politiques incitatives en faveur de certaines prestations ou certains types de contrats. Des programmes de traitement structurés pour les maladies chroniques associant plusieurs types de prestataires de soins ont ainsi pu être développés et atteindre plusieurs millions de patients en limitant les coûts additionnels pour le Fonds de santé⁸¹³.

La faculté de considérer, dans la mise en œuvre du mécanisme de répartition des honoraires, certains regroupements de praticiens comme une seule unité, permet de compenser les dépassements d'actes réalisés par certains participants par les sous-réalisations d'autres. Elle a également encouragé certaines formes de réorganisation de l'exercice de la profession, comme les centres de soins médicaux ou les réseaux de santé.

Des aides à l'installation des médecins dans les zones sous-dotées ou des rachats de cabinets dans les régions où les praticiens sont au contraire trop nombreux sont également en partie financées par prélèvement sur les enveloppes de rémunération.

4 - Des rémunérations plus élevées et plus dynamiques en Allemagne qu'en France dans la période récente

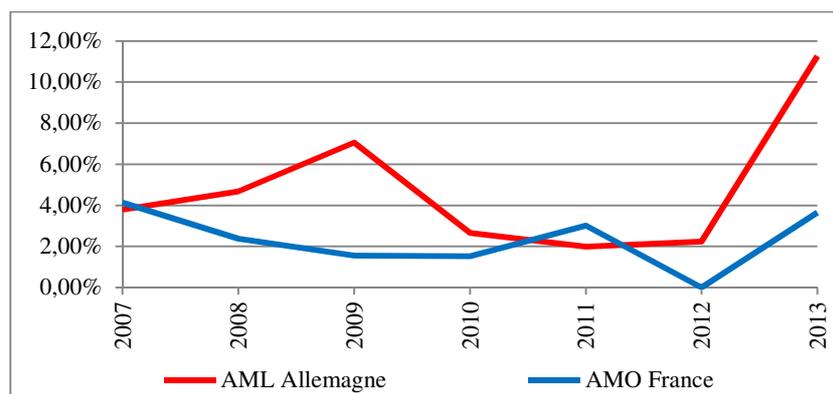
À côté de la classification commune des actes médicaux, qui concerne les actes techniques, la rémunération des médecins de ville repose essentiellement en France, pour les visites et les consultations, sur une grille fixe de tarifs. En revanche, aucune limitation quantitative ne vient encadrer leurs honoraires, au contraire de ce qui existe en Allemagne.

En France, afin de limiter l'augmentation des dépenses de soins de ville, ce sont les revalorisations de la grille elle-même qui ont été limitées. De ce fait, l'évolution de cette catégorie de dépenses a été, au cours des années récentes, moins dynamique en France qu'en Allemagne. Dans ce pays, au contraire, sauf pendant la période 20010-2012 où elles ont été limitées par la loi, de nombreuses mesures positives ont été négociées entre les caisses et les médecins. Une revalorisation de la grille a ainsi été décidée en 2009, ainsi que plusieurs augmentations de la valeur

813. Les caisses mettant en place ces programmes reçoivent toutefois du Fonds de santé une aide - 148 € par dossier en 2013 - qui diminue régulièrement. L'exonération des franchises sur les soins médicaux dont bénéficient depuis 2008 les adhérents à ces dispositifs, ainsi que les tarifs optionnels que peuvent leur offrir les caisses, contribuent également à leur succès.

du point. La suppression de la franchise sur les consultations a en outre occasionné en 2013 un fort ressaut des dépenses, même si celles-ci n'ont pas, dans ce cas, bénéficié aux praticiens, mais aux assurés.

Graphique n° 51 : taux de progression des dépenses de médecine de ville en Allemagne et en France (2007-2013)



Source : Ministère fédéral de la santé, CNAMTS.

S'agissant de la France, cette analyse doit toutefois être nuancée par le développement récent de formes de rémunération alternatives à la rémunération à l'acte, sous forme de forfaits et de rémunération sur objectifs de santé publique. Cette dernière forme de rémunération, très minoritaire encore, est acquise en fonction de l'atteinte de certains indicateurs dans une logique qui n'est pas sans s'apparenter à celle qui préside à la détermination de marges incitatives dans les enveloppes de rémunération des médecins allemands.

Par ailleurs, il convient de prendre en compte la dynamique de développement des dépassements d'honoraires⁸¹⁴. Ils ont atteint 2,4 Md€ en 2013, soit 12 % du volume total des honoraires. Pour les seuls spécialistes, ils atteignent à 2,15 Md€ et concernent 43 % d'entre eux (contre 9,5 % pour les généralistes). Le taux de dépassement moyen, qui représente désormais 54,1 % du tarif de base, a doublé depuis 1990, même si un léger tassement s'est fait sentir récemment, en relation

814. 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'efficacité de la dépenses, p. 231-256, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

vraisemblablement avec les mesures incitatives prévues par l'avenant 8 à la convention médicale⁸¹⁵.

Les dépassements ne sont pas autorisés en Allemagne pour les assurés relevant de l'assurance médicale légale⁸¹⁶. Les médecins traitant des patients assurés auprès de compagnies privées peuvent en revanche pratiquer des dépassements d'honoraires qui peuvent être très importants⁸¹⁷ et qui contribuent de façon décisive aux revenus globaux de la profession⁸¹⁸, mais ce phénomène n'affecte que la part minoritaire de la population qui a souscrit un contrat d'assurance privée plutôt que de rester affiliée à une caisse publique (11 % environ).

Au total, comme indiqué *supra*, la rémunération moyenne des médecins généralistes était en 2011 supérieure de 68 % en Allemagne à ce qu'elle était en France et celle des spécialistes de 36 %.

*
* *

Si le périmètre des dépenses hospitalières varie sensiblement entre les deux pays, ces derniers sont confrontés à des enjeux similaires, quoique plus accentués en Allemagne, de réorganisation de l'offre de soins et de maîtrise des effets inflationnistes de la tarification à l'activité. L'Allemagne a d'ores et déjà mis en place des mécanismes de dégressivité tarifaire en fonction des volumes de soins, alors que la France n'a introduit ce type de mécanisme que depuis 2015 et réfléchit aux moyens qui permettraient de mieux articuler le niveau de remboursement avec des objectifs de qualité et de pertinence des soins.

Les honoraires des médecins de ville en Allemagne sont décidés par la voie de négociations paritaires essentiellement locales entre les caisses et les médecins. Leur volume est en grande partie encadré par des enveloppes calibrées en fonction du nombre et de la morbidité des patients couverts. Leur répartition entre les praticiens est mise en œuvre par les unions de médecins elles-mêmes, *via* un système de tiers-payant et sur la base de références individuelles glissantes. Ce système n'autorise pas, comme c'est le cas en France, de dépassements tarifaires, même si, pour les patients couverts par l'assurance privée, un régime de

815. Créant notamment le nouveau « contrat d'accès aux soins ».

816. En revanche, les prestations non remboursées ont eu tendance à se développer ces dernières années.

817. Dans certaines conditions, jusqu'à 3,5 fois le tarif de la grille spécifique à l'assurance privée.

818. 29 % en 2013, d'après une étude de l'Office statistique fédéral.

rémunérations beaucoup plus avantageux est possible. Le système allemand, qui impose un encadrement des honoraires et une responsabilisation financière des praticiens, a également permis de consolider un volume de dépenses de médecine de ville, correspondant pour l'essentiel à des rémunérations, plus élevé et, sur la période récente, plus dynamique qu'en France.

CONCLUSION

La comparaison des systèmes d'assurance maladie entre la France et l'Allemagne met en relief des conceptions différentes du rôle des acteurs, de l'architecture des responsabilités et des règles d'organisation. Même si les écarts dans les structures de base et les traditions des deux pays sont fortes et ne peuvent laisser penser qu'une transposition pure et simple de solutions adoptées dans l'un d'entre eux serait appropriée, les constats faits permettent d'ouvrir plusieurs champs de réflexion en termes d'efficience, de pilotage et de soutenabilité.

En matière d'efficience générale de l'assurance maladie, les solutions qui ont émergé en Allemagne - maintien d'un niveau de remboursement élevé par l'assurance légale, mais sur un champ d'actes de soins et de biens de santé moins large, mise en place d'un « bouclier sanitaire » plafonnant les restes à charge en fonction de critères de revenus - peuvent conduire à s'interroger sur le choix constant fait en France de concentrer sur le dispositif des affections de longue durée une part croissante des remboursements, avec pour corollaire un recours progressivement généralisé à une couverture complémentaire qui engage des financements publics considérables au double titre de la protection d'entreprise et des dispositifs mis en place au bénéfice des ménages défavorisés, tout en laissant à la charge des assurés des restes à financer qui peuvent être élevés.

S'agissant du pilotage du système, le rôle essentiel que jouent en Allemagne les partenaires de l'assurance maladie pour prendre les décisions d'organisation et de fixation d'enveloppes tarifaires limitatives et pour répartir entre les médecins, les honoraires qui leur sont versés par leurs unions en tiers payant, ne peut manquer de retenir l'attention. Sur un autre plan, l'expérience allemande met en exergue le rôle de la dégressivité des tarifs pour peser sur le volume de l'activité à l'hôpital. Dans le domaine du médicament, enfin, les dispositions prises pour développer la prescription des génériques ont porté beaucoup plus de fruits qu'en France.

L'exemple allemand montre que des règles strictes dans le contrôle de certaines dépenses sectorielles permettent en définitive à toutes les parties prenantes du système de santé d'en retirer des bénéfices, qu'il s'agisse des médecins, par des revenus élevés, des patients, qui bénéficient de niveaux de prise en charge appropriés et de tarifs respectés et des entreprises et des ménages qui en assurent le financement, parce que ces disciplines contribuent à l'équilibre financier de l'assurance maladie en prévenant ainsi le poids très lourd du financement de la dette sociale.

Pour ce qui est de la soutenabilité financière de l'assurance maladie, en effet, la priorité sous contrainte législative que l'Allemagne accorde à son équilibre financier s'est traduite par la mise en œuvre ces dernières années, de dispositifs conduisant à des excédents et à l'accumulation de réserves appréciables. Les résultats moins favorables de la France dans ce domaine montrent la nécessité, maintes fois soulignée par la Cour, de renforcer l'ONDAM, par une meilleure formulation, un calibrage plus juste, une pesée plus forte et plus décisive sur chaque compartiment de la dépense. Cet affermissement devrait s'inscrire dans le cadre plus large de la consolidation du cadre organique des lois de financement de la sécurité sociale, dont la Cour a également montré l'intérêt dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2014. Une réflexion pourrait à cette occasion s'ouvrir sur l'opportunité de compléter ce cadre par une règle d'équilibrage proscrivant, sous une forme ou une autre, des déficits durables de l'assurance maladie.

A N N E X E S

Annexe 1

Le suivi des recommandations formulées par la Cour

PRÉSENTATION

En application de l'article L. 143-10-1 du code des juridictions financières, le rapport public annuel de la Cour comporte une présentation des suites données à l'ensemble des observations définitives des juridictions financières, établie sur la base de comptes rendus que les destinataires de ces observations ont l'obligation de lui fournir.

Dans le cadre de chacun de ses rapports annuels sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour examine plus spécifiquement les suites qui ont pu être apportées aux recommandations formulées dans ses rapports antérieurs, qui constituent autant de pistes de réflexion et de choix possibles d'action pour le Parlement et le Gouvernement⁸¹⁹.

À ce titre, elle évalue selon une méthodologie commune, par la voie de cotations, les suites données à ses trois derniers rapports.

Surtout, elle réexamine périodiquement de manière approfondie des domaines qu'elle a déjà couverts afin d'actualiser ses constats, apprécier les évolutions intervenues et évaluer les marges d'efficience qui peuvent encore être mobilisées. Il en va ainsi systématiquement, dans chaque rapport annuel, des analyses consacrées à la situation et aux perspectives financières de la sécurité sociale, aux tableaux d'équilibre et au tableau patrimonial et à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Il en va aussi par exemple, dans le cadre du présent rapport, de la restructuration des réseaux d'organismes de base du régime général de sécurité sociale⁸²⁰ et de la qualité des comptes des hôpitaux publics⁸²¹.

819. 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.

820. Voir chapitre I : la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : une réduction modérée des déficits en 2014, un retour à l'équilibre reporté, p. 15-59, chapitre II : les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale : avis sur la cohérence, p. 61-90 et 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. 91-137.

821. Voir chapitre XIII : la réorganisation des réseaux de caisses du régime général : un mouvement significatif mais encore inabouti, un impossible *statu quo*, p. 441-481 et chapitre XIV : la qualité des comptes des établissements publics de santé : une exigence à confirmer pleinement, p. 483-515.

Destinataires des rapports de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale au titre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement, l'Assemblée nationale et le Sénat s'appuient sur ses constats pour procéder à des enquêtes. Parmi les récents thèmes d'investigation des missions d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale constituées au sein de leurs commissions des affaires sociales, figurent ainsi plusieurs sujets examinés par la Cour dans le cadre de ses rapports sur la sécurité sociale, comme la situation du régime social des indépendants, les transports sanitaires ou la gestion mutualiste des prestations d'assurance maladie des étudiants.

Les développements qui suivent sont consacrés aux résultats du suivi par la Cour des recommandations, au nombre de 240 au total, qu'elle a formulées dans le cadre de ses trois derniers rapports (2012, 2013 et 2014). Puis, différentes natures de suites données aux recommandations sont illustrées au moyen de trois cas particuliers : la redistribution opérée par les prestations familiales (mise en œuvre totale), le développement de la chirurgie ambulatoire (mise en œuvre incomplète) et les coûts des actes de biologie médicale (refus de mise en œuvre).

I - Les suites données aux recommandations des trois derniers rapports

A - Une prise en compte d'une majorité des recommandations, mais à un rythme lent

Dans ses précédents rapports sur la sécurité sociale, la Cour utilisait cinq cotations pour apprécier les suites données à ses recommandations : recommandation totalement mise en œuvre, partiellement mise en œuvre, non mise en œuvre, refusée ou devenue sans objet.

Afin de mieux caractériser ces appréciations, la cotation « partiellement mise en œuvre » a été dédoublée à compter de cette année entre « mise en œuvre incomplète⁸²² » et « mise en œuvre en cours⁸²³ ».

Les nouvelles cotations ont été appliquées aux recommandations, au nombre de 240, formulées par la Cour dans ses trois derniers rapports. Le tableau ci-dessous en fait la synthèse par comparaison avec les résultats du suivi effectué dans le cadre du rapport 2014.

Tableau n° 99 : suites données aux recommandations des trois derniers rapports

Recommandations des rapports	Présent rapport (2015)					Précédent rapport (2014)	
	2012	2013	2014	Total	%	2011/ 2012/ 2013	%
Totalement mises en œuvre	6	5	2	13	5 %	22	10 %
Incomplètement mises en œuvre	25	24	20	69	29 %		
En cours de mise en œuvre totale	15	15	31	61	25 %		
Mises en œuvre au moins partiellement	46	44	53	143	59 %	141	62 %
Non mises en œuvre	17	27	35	79	33 %	65	28 %
Refus de mise en œuvre	4	9	4	17	7 %	21	9 %
Devenues sans objet	1	0	0	1	0 %	2	1 %
Total	68	80	92	240	100 %	229	100 %

Source : Cour des comptes, à partir des réponses apportées par les administrations.

Comme le montre le tableau qui précède, une part prépondérante des recommandations formulées par la Cour, voisine de 60 %, est prise en compte par les pouvoirs publics ou par les organismes nationaux de sécurité sociale dans un délai de trois ans.

Cette proportion tend à s'accroître avec l'ancienneté des recommandations : la part des recommandations totalement mises en œuvre, mises en œuvre de manière incomplète ou dont la mise en œuvre est en cours représente ainsi 68 % des recommandations du rapport 2012,

822. La cotation « mise en œuvre incomplète » s'applique aux recommandations mises en œuvre sur un contenu partiel.

823. La cotation « mise en œuvre en cours » s'applique aux recommandations dont la mise en œuvre totale est engagée, mais de manière étalée dans le temps.

mais 58 % seulement de celles du rapport 2014. En parallèle, la proportion de recommandations n'ayant fait l'objet d'aucun début de mise en œuvre (33 % en moyenne) tend à décroître avec l'ancienneté du rapport considéré (25 % des recommandations du rapport 2012, contre 38 % de celles du rapport 2014).

La proportion réduite de recommandations totalement mises en œuvre est la conséquence de la portée structurelle d'un grand nombre d'entre elles, des difficultés d'acceptation qu'elles sont de ce fait susceptibles de rencontrer et de la nécessité par conséquent de préalables parfois approfondis (concertations avec les multiples acteurs du champ de la protection sociale adaptation des systèmes d'information, rénovation des procédures de gestion...).

B - Une prise en compte inégale selon les domaines

Publiés chaque année depuis 1995, les rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale abordent, eu égard au champ, particulièrement large, de la sécurité sociale, une grande diversité de sujets, au-delà des thèmes qui revêtent un caractère obligatoire du fait 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 240 recommandations publiées dans les trois derniers RALFSS (2012 à 2014) se répartissent ainsi en sept grands domaines.

Comme le montre le tableau ci-après, les recommandations relatives aux questions de financement de la sécurité sociale et aux dépenses d'assurance maladie ont un caractère prépondérant au cours des trois dernières années. Elles représentent ainsi 70 % du nombre total de recommandations.

Tableau n° 100 : ventilation de la mise en œuvre des recommandations par thématique

	Nombre de recommandations	%	Totalement mises en œuvre	Incomplètement mises en œuvre	En cours de mise en œuvre totale	Non mises en œuvre	Refus de mise en œuvre	Devenues sans objet
Financement	66	28	5	22	13	18	8	0
Dépenses d'assurance maladie - dépenses hospitalières	43	18	4	6	14	19	0	0
Dépenses d'assurance maladie - dépenses de ville	61	25	1	24	13	21	2	0
Retraite	27	11	0	5	6	11	4	1
Famille	5	2	0	5	0	0	0	0
Organisation et gestion de la sécurité sociale	23	10	3	6	9	2	3	0
Pilotage et gouvernance du système de santé	15	6	0	1	6	8	0	0
Total	240	100	13	69	61	79	17	1

Source : Cour des comptes, RALFSS 2012 à 2014.

Le croisement des recommandations classées par thème et des cotations retenues par la Cour fait apparaître que les recommandations relatives au champ hospitalier et aux retraites connaissent des taux plus réduits de mise en œuvre, tous degrés confondus, que celles des autres domaines. Pour ces deux domaines, les recommandations non mises en œuvre représentent ainsi respectivement 45 % et 41 % du nombre total de recommandations.

Ce constat renvoie à la difficulté persistante à mener des restructurations dans le secteur hospitalier, pourtant indispensables à la réalisation de gains d'efficacité et à l'amélioration des prises en charge. S'agissant des retraites, la dégradation de la démographie des principaux régimes appelle des décisions difficiles en matière de conditions d'attribution et de niveau des avantages servis.

À l'inverse, 82 % des recommandations intéressant l'organisation et la gestion des organismes de sécurité sociale sont prises en compte, à

des degrés toutefois divers (mise en œuvre totale ou incomplète ou mise en œuvre en cours).

C - Une proportion réduite de recommandations non retenues, portant sur des mesures structurelles

Au nombre de 17 au titre des trois derniers rapports, les recommandations non retenues par les pouvoirs publics, portent, pour la plupart d'entre elles, sur l'organisation, le financement et les comptes de la sécurité sociale. Il en va notamment ainsi des recommandations suivantes :

- transformer la loi de financement de la sécurité sociale en une loi de financement de la protection sociale obligatoire élargie aux régimes sociaux conventionnels et instituer une loi de résultat présentée dans un calendrier convergent avec celui de la loi de règlement du budget de l'État. Cette recommandation à ce stade non retenue compte néanmoins au nombre des voies d'évolution en cours d'analyse par les pouvoirs publics ;
- organiser une discussion conjointe au Parlement des volets « recettes » des projets annuels de loi de finances et de financement de la sécurité sociale ;
- affecter prioritairement les ressources supplémentaires allouées à la sécurité sociale à la caisse d'amortissement de la dette sociale, afin d'organiser le transfert à cette dernière de la dette sociale portée par l'ACOSS (au titre des branches maladie et famille), ainsi qu'au fonds de solidarité vieillesse (FSV) afin de mettre fin au sous-financement structurel de ce dernier ;
- intégrer les allègements de cotisations sociales à leur barème⁸²⁴ ;
- redéfinir la place et le périmètre de l'assurance maternité ;
- reconsidérer les délégations de gestion des prestations en nature de base d'assurance maladie aux mutuelles de fonctionnaires et d'étudiants ;
- dénoncer la convention avec les laboratoires de biologie médicale et négocier sur des bases actualisées une nouvelle convention permettant de maîtriser rigoureusement les dépenses ;

824. Dans le cadre du présent rapport, voir chapitre IV : les cotisations sociales : une place prépondérante mais en déclin dans le financement de la sécurité sociale, une cohérence et une lisibilité à rétablir, p. 143-180.

- renforcer le caractère contributif du régime de retraite des exploitants agricoles.

II - Les différentes natures de suites données aux recommandations de la Cour : trois illustrations

L'examen des suites données aux recommandations formulées par la Cour sur le rôle redistributif des prestations familiales, la chirurgie ambulatoire et la tarification des actes de biologie médicale met en évidence l'existence de progrès, mais aussi la persistance de difficultés dans la mise en œuvre de réformes de nature structurelle.

A - Une mise en œuvre complète : le renforcement de la redistribution opérée par les prestations familiales modulées en fonction des ressources

Dans son rapport pour 2012⁸²⁵, la Cour avait constaté que « le dispositif des prestations familiales conditionnées par des ressources⁸²⁶ constitue un ensemble disparate, sans vision globale et sans hiérarchisation des priorités », qui n'atteint « que partiellement l'objectif de redistribution et de diminution des inégalités » qui en constitue en principe l'objectif central. L'importance financière croissante des prestations soumises à condition de ressources ou modulées en fonction des ressources témoignait d'une attribution en fonction d'objectifs moins directement centrés sur la réduction des inégalités entre familles.

La Cour recommandait dès lors de revoir l'économie de ces prestations, en renforçant l'aide aux familles vulnérables et en réformant la prestation d'accueil du jeune enfant.

825. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XVI : la fonction redistributive des prestations familiales conditionnées par les ressources, p. 459-485, septembre 2012, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

826. C'est-à-dire, au moment de l'enquête : le complément familial, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation de soutien familial (ASF) et les diverses prestations de la prestation d'accueil au jeune enfant (primes à la naissance et à l'adoption, allocation de base, complément de libre choix d'activité et complément de libre choix du mode de garde). Pour 2014, les charges liées à ces prestations se sont élevées respectivement à 1,8 Md€, 2 Md€, 1,4 Md€ et 13 Md€.

1 - Le renforcement de l'aide aux familles vulnérables

L'aide aux familles vulnérables a été directement renforcée selon deux modalités. D'une part, le complément familial est majoré de 50 % entre 2014 et 2018 pour un peu plus de la moitié (53 %) de ses bénéficiaires (soit 430 000 foyers environ). D'autre part, l'allocation de soutien familial (qui bénéficiait à 745 000 foyers à fin 2014) est majorée progressivement de 25 % entre 2014 et 2018.

2 - La réforme de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a réformé la PAJE pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} avril 2014.

Conformément aux recommandations de la Cour, l'attribution de l'allocation de base (AB) a été rendue plus sélective par abaissement du plafond de ressources pour les familles ayant plus de trois enfants. Au-delà, son montant a été réduit de moitié au-delà d'un certain seuil de ressources (92,31 € contre 184,62 € mensuels par enfant). En outre, ce montant (184,62 €) est gelé en valeur absolue jusqu'à ce que celui du complément familial, attribué sous condition de ressources (168,35 €), l'ait rejoint.

Si l'attribution du complément mode de garde n'a pas été mise sous condition de ressources, comme le recommandait la Cour, la mise en place d'un nouveau plafond de l'allocation de base conduit à rendre plus restrictifs ces seuils de calcul, ainsi que les plafonds de ressources des primes à la naissance et à l'adoption. En effet, ces montants sont calculés en fonction des plafonds de ressources fixés pour l'allocation de base.

Enfin, la majoration du complément de libre choix d'activité (CLCA), équivalente à l'allocation de base, dont bénéficiaient les familles les plus aisées qui n'y étaient pas éligibles au regard de leurs revenus, a été supprimée. Le montant du CLCA est depuis lors identique pour toutes les familles, quel que soit le niveau de leurs revenus.

Selon les prévisions des pouvoirs publics, ces différentes mesures conduiraient la branche famille à réaliser 790 M€ d'économies en 2017 et, à l'issue de leur montée en charge, 960 M€ en 2019. Ces économies compenseraient et au-delà les dépenses supplémentaires liées au

complément familial et à l'allocation de soutien familial, soit 330 M€ en 2017 et 330 M€ en 2018 respectivement⁸²⁷.

B - Une mise en œuvre incomplète : le lent essor de la chirurgie ambulatoire

Dans son rapport pour 2013⁸²⁸, la Cour relevait que la chirurgie ambulatoire, alternative à l'hospitalisation à temps complet⁸²⁹, était porteuse d'améliorations de la qualité des soins pour les patients, comme d'économies potentiellement considérables pour l'assurance maladie. Malgré un développement continu (le taux de chirurgie ambulatoire⁸³⁰ était passé de 32,3 % en 2007 à 40,9 % en 2011), la place de la chirurgie ambulatoire au sein du système de soins restait insuffisante et les incidences logiques de son développement insuffisamment ambitieuses⁸³¹.

La Cour recommandait notamment d'aligner la tarification de la chirurgie en hospitalisation complète sur les coûts de la chirurgie pratiquée en ambulatoire dans les établissements les plus efficaces, pour l'activité pouvant être réalisée selon cette modalité. En effet, la politique

827. Sans remettre en cause l'universalité des allocations familiales, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a par ailleurs instauré une modulation de leur montant en fonction des ressources des bénéficiaires à compter du 1er juillet 2015. Le montant mensuel des allocations familiales a été réduit de moitié pour les foyers dont le montant mensuel de ressources est compris entre 55 950 € et 78 300 € et des trois quarts pour ceux qui dépassent ce seuil. Ces réductions devraient concerner 485 000 foyers, soit 10 % des bénéficiaires d'allocations familiales.

Par ailleurs, le plafond de la réduction d'impôt sur le revenu liée au quotient familial, instauré en 1982, a été abaissé en deux vagues successives, passant de 2 336 € par demi-part pour les revenus déclarés en 2013 à 1 500 € pour ceux déclarés en 2014. Le plafond spécifique à la demi-part attribuée aux parents isolés est également abaissé (de 4 040 € à 3 540 €). Le gain pour le budget de l'État lié à la seconde mesure d'abaissement du plafond du quotient familial de 2014 a été affecté au financement de la branche famille.

828. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre VIII : la chirurgie ambulatoire, p. 229-252, septembre 2013, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

829. Définie comme les actes chirurgicaux réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité des blocs opératoires permettant sans risque majoré la sortie du patient le jour même de son intervention.

830. Nombre de séjours en ambulatoire sur le nombre total de séjours chirurgicaux.

831. En 2009, les taux danois et suédois s'élevaient respectivement à 74 % et 69 %.

tarifaire suivie depuis 2003 incitait les établissements à développer la chirurgie ambulatoire, mais pas à dégager des gains d'efficacité, conduisant à la persistance de surcapacités importantes en lits dans les services de chirurgie.

Depuis lors, les incitations tarifaires au développement de la chirurgie ambulatoire ont été amplifiées : les modalités de calcul des tarifs chirurgicaux ont été modifiées, la classification a fait l'objet de mises à jour et le champ des groupes homogènes de malades (GHM) faisant l'objet d'une tarification incitative a été progressivement élargi. En outre, un tarif unique est désormais appliqué pour l'ensemble des actes susceptibles d'être pris en charge en ambulatoire (soit 111 couples de GHM en 2014 contre seulement 47 en 2013). Cependant, ce tarif n'associe qu'un objectif partiel d'économies à celui du développement de la chirurgie ambulatoire, car il demeure calculé sur la moyenne pondérée des tarifs en hospitalisation complète et en ambulatoire et non en fonction des coûts des mêmes actes pratiqués en ambulatoire au sein des établissements les plus efficaces comme le recommandait la Cour.

Selon la nature des actes, la politique tarifaire ainsi suivie semble avoir plutôt accompagné une montée en charge de la chirurgie ambulatoire déjà amorcée, qu'accélééré le recours à cette pratique⁸³². Le ministère estime que les campagnes tarifaires 2014 et 2015 auraient permis de dégager 125 M€⁸³³ d'économies entre les dépenses de chirurgie constatées sur la période, si l'activité avait été identique, par rapport à celles liées à la campagne 2013, ce qui demeure modeste.

Malgré le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire, la Cour relevait que toute mention d'économies au titre de la chirurgie ambulatoire avait été abandonnée et que l'ONDAM hospitalier était construit sans que des économies soient expressément identifiées à ce titre. Dès lors, elle recommandait de fixer des objectifs d'économies associés au développement de la chirurgie ambulatoire selon une

832. IGAS-IGF, *Rapport sur les Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France (MAP)*, juillet 2014.

833. Direction générale de l'offre de soins d'après un travail de l'Agence technique de l'information hospitalière.

programmation pluriannuelle et de supprimer parallèlement les surcapacités en lits en chirurgie conventionnelle⁸³⁴.

Les capacités ont continué à diminuer, mais moins rapidement que l'activité chirurgicale en hospitalisation complète, comme le montre le tableau ci-après.

Tableau n° 101 : évolution des capacités de chirurgie en hospitalisation complète (2011-2013)

	Nombre de lits installés au 31/12	Nombre de journées (en millions)
2011	81 856	19,3
2012	79 974	18,8
<i>Variation 2011 – 2012</i>	<i>-2,3 %</i>	<i>-2,8 %</i>
2013	76 595	16,8
<i>Variation 2012 – 2013</i>	<i>-4,2 %</i>	<i>-10,5 %</i>
<i>Total</i>	<i>-6,4 %</i>	<i>-13,0 %</i>

Source : SAE-(DREES),

Le plan triennal d'économies de l'ONDAM (2015-2017)⁸³⁵ a cependant révisé à la hausse l'objectif d'augmentation du taux de chirurgie ambulatoire comme le recommandait la Cour (53 % en 2017, contre un objectif antérieur de 50 % en 2016, suivi de 62 % à l'horizon 2020) et y a associé la réalisation d'un montant chiffré, comme le Cour l'avait également préconisé (400 M€ d'économies en chirurgie d'ici à 2017, dont 80 M€ en 2015, puis 160 M€ en 2016 et à nouveau en 2017), permises par des regroupements d'unités de soins et des réductions de capacités en hospitalisation complète. Au regard du potentiel qu'offre le développement de la chirurgie ambulatoire, ces mesures conduisent à mobiliser une part encore très partielle des gains d'efficience possibles.

834. La Cour soulignait à cet égard qu'un « taux de change » avait été appliqué au développement de la chirurgie ambulatoire jusqu'en 2003. La création d'une place ambulatoire était ainsi subordonnée à la suppression de plusieurs lits de chirurgie en hospitalisation complète. La suppression de ce dispositif par une ordonnance du 4 septembre 2003 s'était immédiatement traduite par l'arrêt presque total de la baisse auparavant constatée des capacités d'hospitalisation à temps complet.

835. Élaboré dans le cadre de la stratégie nationale de santé, ce plan prévoit une diminution du taux d'évolution de l'ONDAM sur la période 2015-2017. Il s'articule autour de quatre axes, dont l'un est consacré au « virage ambulatoire et l'adéquation de la prise en charge en établissement de santé ».

C - Un refus de mise en œuvre : les dépenses de biologie médicale

Les dépenses supportées par l'ensemble des régimes d'assurance maladie au titre des examens de biologie médicale effectués en ville ont atteint 3,4 Md€ en 2012 (dont 2,9 Md€ pour le seul régime général).

Dans son rapport pour 2013⁸³⁶, la Cour soulignait la vive croissance des dépenses de biologie médicale au cours de la décennie écoulée. La consommation d'actes, calculée en nombre de coefficients B applicables à ces derniers, avait augmenté de 80 % entre 1998 et 2012 (avec une progression annuelle moyenne de 4,6 % à partir de 2006).

À compter de 2006, la baisse du nombre de coefficients de certains actes a permis de contenir l'augmentation des dépenses en deçà de celle du nombre d'actes. Cependant, ces baisses tarifaires ont davantage correspondu à des économies de constatation liées à la modernisation des équipements. En outre, elles ont été pour partie compensées par l'instauration ou l'augmentation de forfaits s'ajoutant aux tarifs de certains actes, en contrepartie des baisses de cotations.

La Cour préconisait par conséquent de restituer à l'assurance maladie une part plus importante des marges que génère l'accélération du progrès technique et de pousser à une réorganisation beaucoup plus forte des laboratoires d'analyses biologiques. À cette fin, elle recommandait de dénoncer avant fin janvier 2014 la convention entre l'assurance maladie et les directeurs de laboratoires privés (qui arrivait à échéance en juillet 2014) afin de négocier sur des bases actualisées une nouvelle convention prévoyant une baisse d'au moins 2 centimes d'euro de la valeur de la lettre B, fixée à 27 centimes d'euro.

Cette recommandation n'a pas été mise en œuvre.

836. 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. 365-592, septembre 2013, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Au contraire, un protocole d'accord sur la biologie médicale pour la période 2014-2016 signé par les syndicats signataires de la convention des directeurs de laboratoires de biologie médicale privée et l'union nationale des caisses d'assurance maladie en octobre 2013 a fixé un objectif d'augmentation de 0,25 % par an du montant des remboursements de l'assurance maladie au titre des actes de biologie médicale. Ce protocole se contente ainsi de stabiliser au niveau atteint, particulièrement élevé, la dépense d'assurance maladie, tout en prémunissant les laboratoires de tout effort réel d'économies, dont la Cour avait estimé le potentiel à 500 M€, malgré l'importance considérable de leurs gains continus de productivité.

La Cour a été toutefois très partiellement entendue sur sa préconisation de développer des recommandations de bonne pratique dans ce secteur. Elle avait notamment souligné l'évolution fulgurante des dosages de la vitamine D, conduisant à une dépense de près de 100 M€ sans nécessité médicale précisément identifiée. Son usage a fait l'objet d'une recommandation de la Haute Autorité de santé, rendue opposable par une décision de l'UNCAM en mai 2014, visant à réduire les dosages de vitamine D. La CNAMTS fait état de 23 M€ d'économies à ce titre.

Annexe 2

Récapitulatif des recommandations

PREMIÈRE PARTIE**LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE DES COMPTES SOCIAUX :
UNE PERSPECTIVE DIFFÉRÉE**

RECOMMANDATIONS

Chapitre I – La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : une réduction modérée des déficits en 2014, un objectif de retour à l'équilibre reporté

1. *redéfinir la trajectoire de réduction des déficits en fonction d'un objectif réaffirmé et d'un calendrier réajusté de retour rapide à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale ;*

2. *à cet effet, renforcer les mesures structurelles d'économies, telles que celles recommandées dans les différents chapitres du présent rapport, afin de réduire durablement le rythme de progression des dépenses ;*

3. *organiser sans attendre davantage la reprise par la CADES des déficits des branches maladie et famille actuellement portés par l'ACOSS et de ceux des années à venir, en prévoyant, conformément aux dispositions de la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, les recettes nécessaires à l'amortissement complet de la dette sociale à son terme prévu ;*

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

Chapitre II – Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à 2014 : avis sur la cohérence

5. *supprimer le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes de sécurité sociale et intégrer une rubrique propre au fonds de solidarité vieillesse (FSV) dans les tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale d'une part et du régime général de sécurité sociale d'autre part (recommandation réitérée) ;*

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

7. *mettre fin sans délai aux contractions de produits et de charges dans les tableaux d'équilibre, en contrariété avec le 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).

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

8. *documenter précisément par sous-objectif les mesures d'économies structurelles prévues pour assurer la réalisation de la trajectoire pluriannuelle de l'ONDAM ;*

9. *insérer, dans les projets de loi de financement de la sécurité sociale, une annexe consacrée à la méthode de construction de l'ONDAM, qui comporte l'ensemble des informations pertinentes sur les choix ayant conduit à la détermination de la base et à la fixation des tendancielles par sous-objectif, ainsi qu'une présentation des méthodes d'évaluation des économies prévues et de leur réalisation (recommandation réitérée) ;*

10. *intégrer à l'ONDAM les dépenses d'indemnités journalières maternité/paternité (recommandation réitérée) ;*

11. *évaluer a posteriori les tendancielles pris en compte dans la construction de l'ONDAM annuel afin d'affiner leur méthodologie en vue de l'élaboration des objectifs ultérieurs ;*

12. *instaurer des dispositifs plus complets de suivi et de régulation infra-annuels des dépenses de soins de ville en examinant à ce titre et dans la perspective des négociations conventionnelles à venir, l'éventualité d'affecter à une réserve prudentielle en cas d'augmentation tarifaire une partie des montants financiers en cause ;*

13. *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).*

Chapitre IV – Les cotisations sociales : une place prépondérante mais en déclin dans le financement de la sécurité sociale, une cohérence et une lisibilité à rétablir

14. *harmoniser progressivement les efforts contributifs entre les cotisants au régime général et ceux aux régimes qui lui sont financièrement intégrés ;*

15. *redéfinir à l'occasion de la transformation du CICE en allègements généraux de charges le barème des cotisations sociales, de manière à supprimer toute déconnexion entre taux affichés et cotisations effectives ;*

16. *prendre en considération, à l'occasion de la transformation du CICE en allègements généraux de charges, la logique contributive de financement des régimes de retraites complémentaires et d'assurance chômage et celle, de nature assurantielle, de financement du risque AT-MP.*

DEUXIÈME PARTIE

RENFORCER LA RÉGULATION DE L'ASSURANCE MALADIE ET LA MAÎTRISE DE SES DÉPENSES

RECOMMANDATIONS

A – La réorganisation inaboutie de l'offre de soins

Chapitre V – Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant

17. *pour les soins en établissement, généraliser chaque fois que pertinent (médecine, chirurgie), des normes d'équipement, de personnel ou d'activité dans les disciplines qui en sont dépourvues, vérifier la conformité des normes en vigueur aux recommandations internationales et les faire respecter rigoureusement ;*

18. *étendre dans les zones en surdensité le conventionnement conditionnel à toutes les professions de santé, y compris aux médecins, afin de mieux équilibrer leur répartition sur le territoire (recommandation réitérée) ;*

19. *accroître les ressources consacrées par le fonds d'intervention régional au financement des actions qui décloisonnent l'offre de soins entre établissements et ville et concourent à une prise en charge intégrée des parcours des patients ;*

20. *confier aux agences régionales de santé, dans le maillage issu de la nouvelle carte des régions administratives, la mission de veiller au respect d'une trajectoire pluriannuelle de maîtrise des dépenses d'assurance maladie sur leur territoire, de manière indicative dans un premier temps ;*

21. *permettre aux agences régionales de santé de décliner certains éléments des politiques conventionnelles au niveau régional dans un cadre défini au plan national et dans la limite d'une enveloppe financière prédéterminée.*

Chapitre VI – La stratégie et le pilotage central de l'organisation du système de soins : une refonte nécessaire

22. confier à la direction générale de l'offre de soins la responsabilité de concevoir la stratégie de recomposition de l'offre de soins et de veiller à sa mise en œuvre par l'intermédiaire des agences régionales de santé et clarifier, dans les textes réglementaires, la répartition des compétences entre le secrétariat général, la direction générale de l'offre de soins et les autres directions du ministère des affaires sociales et de la santé ;

23. associer la direction générale de l'offre de soins à l'élaboration de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS avec l'État et à la politique conventionnelle avec les professions de santé pour tout ce qui concerne l'organisation de l'offre de soins ;

24. repenser l'organisation interne de la direction générale de l'offre de soins en engageant une remise à plat des profils de postes, en restructurant des sous-directions et en réduisant significativement ses effectifs ;

25. recentrer la composition du comité national de pilotage des ARS, sous la présidence régulière du ministre de la santé, sur le secrétaire général, les directeurs du ministère les plus concernés (DGOS, DGCS, DGS et DSS), le directeur général de la CNAMTS et le directeur de la CNSA et l'élargir aux directeurs généraux des ARS.

Chapitre VII – Les maternités : une réorganisation à poursuivre activement

26. contrôler le respect rigoureux des normes de fonctionnement dans les maternités bénéficiant d'une autorisation d'ouverture par dérogation malgré un nombre annuel d'accouchements inférieur à 300 et plus largement dans l'ensemble des petites maternités et les fermer sans délai en cas d'absence de mise en conformité immédiate ;

27. mieux organiser la prise en charge des grossesses à risque, en renforçant l'efficacité des réseaux de périnatalité et en donnant priorité à l'admission en maternités de type III des parturientes dans cette situation ;

28. systématiser l'analyse des résultats de périnatalité des maternités et subordonner en cas de résultats dégradés la poursuite de l'activité à la mise en œuvre des mesures correctrices appropriées ;

29. définir un schéma cible d'organisation à moyen terme des maternités, reposant notamment sur une analyse de l'opportunité d'une réappréciation à la hausse des seuils d'activité et sur une objectivation du bon dimensionnement et de l'articulation des maternités pour optimiser les prises en charge ;

30. *réduire la durée moyenne de séjour grâce notamment à un meilleur accompagnement du retour à domicile des mères et mettre fin à la sous-occupation des maternités en supprimant les lits inutiles et les moyens qui y sont affectés.*

Chapitre VIII – L’avenir des centres de lutte contre le cancer : un positionnement à redéfinir

31. *maîtriser rigoureusement les charges de fonctionnement des CLCC pour rétablir leur équilibre financier et leur capacité à investir, en particulier dans les centres les plus fragiles ;*

32. *examiner les possibilités de fusion entre CLCC, et de coopération renforcée avec les CHU n’excluant pas la fusion avec ces derniers, notamment ceux faisant l’objet d’opérations de restructuration immobilière.*

B – La maîtrise de dépenses à fort dynamisme

Chapitre IX – Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai

33. *assurer une régulation rigoureuse du niveau global et de la répartition géographique de l’offre en réformant la procédure de fixation des quotas d’entrée en formation, en étendant et en durcissant la procédure de conventionnement sélectif dans les zones sur-dotées et en modulant la prise en charge des cotisations sociales selon le lieu d’installation ;*

34. *mettre en place une politique de gestion du risque, en analysant les déterminants de la dépense, en rénovant la nomenclature des actes professionnels, en déployant des actions de maîtrise médicalisée en direction à la fois des médecins prescripteurs et des auxiliaires médicaux, en renforçant les contrôles des caisses d’assurance maladie et en sanctionnant les pratiques fautives ;*

35. *définir des objectifs quantifiés d’évolution des dépenses ;*

36. *engager une réforme structurelle des modalités de rémunération par la définition de forfaits par patient pour la prise en charge de certains types de pathologies ;*

37. *instaurer une enveloppe de prescriptions par médecin en fonction des caractéristiques de sa patientèle et assortie de mécanismes de responsabilisation des prescripteurs et des dispensateurs de soins permettant d’en assurer le respect.*

Chapitre X – L’insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charge plus efficaces

38. substituer aux différents forfaits de rémunération en vigueur un tarif unique par patient dialysé, comportant des majorations et minorations en fonction notamment de l’état du patient (âge, autonomie, polyopathologies, stabilité de la situation de santé) et des résultats des traitements (en utilisant les indicateurs développés par la HAS) et y intégrer les frais de transport, les examens biologiques et les suppléments nutritionnelles destinées à remédier aux carences liées au traitement ;

39. réduire significativement les tarifs des séances de dialyse en centres lourds et en unités de dialyse médicalisée afin de favoriser la prise en charge des patients par les structures les plus efficaces et fixer des normes de qualité des soins à atteindre, plutôt que des obligations de moyens à respecter ;

40. assurer une complète transparence des conditions financières de fonctionnement de l’ensemble des structures de dialyse, en rendant obligatoire la communication à l’agence technique de l’information hospitalière des données comptables des structures privées ;

41. améliorer l’information des patients sur les greffons qui leur sont proposés (communication des caractéristiques du greffon), sur les délais probables d’attente d’une greffe en fonction de leur situation (âge, état de santé, région) et sur les indicateurs de qualité des structures de dialyse ;

42. mettre un terme à la pratique de la priorité locale pour l’allocation d’une partie des reins prélevés sur les donneurs décédés, dès la mise en œuvre des recommandations visant à harmoniser les pratiques d’inscription sur les listes d’attente de greffe, en cours d’élaboration par la Haute Autorité de santé.

TROISIÈME PARTIE

DES SOLIDARITÉS À REPENSER

RECOMMANDATIONS

Chapitre XII – L’accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler

43. favoriser le recours à la CMU-C et à l’ACS en interrogeant les fichiers des administrations sur un champ élargi, en assurant le recueil exhaustif des demandes de CMU-C lors de l’instruction des demandes de RSA et en rendant obligatoire l’engagement par les caisses d’assurance

maladie d'une démarche systématique de promotion de la CMU-C et de l'ACS auprès des publics concernés ;

44. en fonction de la réalisation des risques de déséquilibre financier, envisager l'harmonisation des ressources prises en compte pour attribuer la CMU-C et l'ACS avec celles intégrées au seuil de pauvreté monétaire, (987 € mensuels en 2012, dernière année connue) ainsi que l'alignement du plafond de l'ACS sur ce dernier ;

45. dans l'éventualité où les études à mener feraient apparaître une surconsommation de soins gratuits, mettre en œuvre des actions de gestion du risque ciblées sur les postes de dépenses concernés et examiner l'éventualité d'une redéfinition des prises en charge au titre de la CMU-C et de l'ACS ;

46. refondre le processus d'instruction des demandes de CMU-C et d'ACS, en mettant en place un nouvel outil informatique et en exploitant les possibilités offertes par la déclaration sociale nominative et par la mutualisation généralisée de l'information relative aux prestations sociales dans le cadre du répertoire national commun de la protection sociale ;

47. assurer la transparence sur les fréquences d'anomalies détectées dans le cadre des contrôles sur la situation des bénéficiaires de la CMU-C, ainsi que l'évaluation du risque financier qui en résulte ;

48. assurer l'effectivité des tarifs opposables aux professionnels de santé pour les titulaires de la CMU-C et de l'ACS, en prenant les textes réglementaires nécessaires à l'application des dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qui sanctionnent les refus de soins (recommandation réitérée).

QUATRIÈME PARTIE

GÉRER DE MANIÈRE PLUS EFFICIENTE

RECOMMANDATIONS

Chapitre XIII – La réorganisation des réseaux de caisses du régime général : un mouvement significatif, un impossible *statu quo*

49. définir par branche et activité, pour la prochaine génération de COG, un schéma cible d'organisation géographique et fonctionnelle différenciant les ressorts territoriaux et les périmètres d'activités des organismes de base, en prenant notamment en compte les possibilités de gestion dématérialisée de la production ;

50. fixer des objectifs contraignants aux caisses nationales pour réduire vigoureusement les écarts de taille et de coût entre organismes en

définissant une dimension critique minimale pour le maintien de sites en activité et la pérennisation d'organismes distincts et en alignant les moins performants sur les meilleurs ;

51. recentrer les mutualisations sur les processus de production et les fonctions support à enjeux significatifs de productivité, en attribuant notamment aux caisses concernées des blocs de compétence cohérents ;

52. renégocier l'accord relatif aux garanties conventionnelles apportées dans le cadre de l'évolution des réseaux afin de favoriser une plus grande mobilité géographique et fonctionnelle des agents ;

53. mettre en œuvre la convention cadre de performance de l'article L. 114-23 du code de la sécurité sociale pour développer les mutualisations interbranches et inter-régimes.

Chapitre XIV – La qualité des comptes des établissements publics de santé : une exigence à confirmer pleinement

54. évaluer chaque année au plan national les incidences des changements comptables sur les résultats agrégés et les situations nettes cumulées des établissements publics de santé pris dans leur ensemble (à partir notamment d'informations explicites à faire figurer dans leurs annexes) ;

55. évaluer au plan national, dans le cadre d'un échantillon représentatif d'opérations, la fréquence et l'incidence financière des anomalies de toute nature affectant l'application de la tarification à l'activité par les hôpitaux publics ;

56. formaliser une méthode de provisionnement des emprunts structurés.

**RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS
ET DES ORGANISMES CONCERNÉS**

SOMMAIRE DES RÉPONSES

RÉPONSE DU MINISTRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS, DE LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES ET DU SECRÉTAIRE D'ÉTAT AU BUDGET	669
Chapitre V - Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant	679
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS	679
Chapitre VI - La stratégie et le pilotage central de l'organisation du système de soins : une refonte nécessaire	680
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS	680
Chapitre VIII - Les centres de lutte contre le cancer : un positionnement à redéfinir dans l'offre de soins	681
RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER	681
RÉPONSE DU PRÉSIDENT D'UNICANCER	681
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'INSTITUT CURIE	687
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'INSTITUT DE CANCÉROLOGIE DE L'OUEST (ANGERS)	687
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE CAEN	688
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'INSTITUT DE CANCÉROLOGIE DE LORRAINE	688
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE REIMS	688
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE HAUTE-NORMANDIE	688
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE TOULOUSE	688
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE CHAMPAGNE-ARDENNE	689
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE HAUTE-NORMANDIE	689
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE	689
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE LORRAINE	690
RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ MIDI-PYRÉNÉES	690
RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ PAYS DE LA LOIRE	690
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE DE NANCY	690
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES	690

RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS	690
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN	691
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE	691
Chapitre IX - Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai.....	692
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS	692
Chapitre X - L'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charges plus efficaces	695
RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE DE BIOMÉDECINE	695
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS	702
Chapitre XI - Les pensions de réversion : un rôle toujours majeur, une modernisation souhaitable	703
RÉPONSE DU CHEF DU SERVICE DES RETRAITES DE L'ÉTAT	703
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES	706
RÉPONSE COMMUNE DES PRÉSIDENT ET VICE-PRÉSIDENT DE L'AGIRC ET DES PRÉSIDENT ET VICE-PRÉSIDENT DE L'ARRCO	706
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS	708
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE DU RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS	708
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES PROFESSIONS LIBÉRALES	708
Chapitre XII - L'accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler.....	710
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS	710
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS-DENTISTES	711
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES	712
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS	713
RÉPONSE DU DIRECTEUR DU FONDS CMU-C	714
Chapitre XIII - La réorganisation des réseaux de caisses du régime général : un mouvement significatif, un impossible statu quo	716
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE	716
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'UNION DES CAISSES NATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE	716
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES	717
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS	721

Chapitre XIV - La qualité des comptes des établissements publics de santé : une exigence à confirmer pleinement	722
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA COMPAGNIE NATIONALE DES COMMISSAIRES AUX COMPTES	722
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'ALSACE	727
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DU CENTRE-VAL DE LOIRE	728
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL PAR INTÉRIM DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE FRANCHE-COMTÉ	728
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE HAUTE-NORMANDIE	728
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE	729
RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE PAR INTÉRIM DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE LANGUEDOC-ROUSSILLON	729
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE LORRAINE	729
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE MARTINIQUE	729
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DU NORD-PAS-DE-CALAIS.....	731
RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DES PAYS DE LA LOIRE	731
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	731
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE PICARDIE	732
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE POITOU-CHARENTES	732
RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE RHÔNE-ALPES.....	732
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU GROUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE (GCS) UNION DES HÔPITAUX POUR LES ACHATS (UNIHA).....	733
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE D'ANGERS	733
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DES HOSPICES CIVILS DE LYON.....	733
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MARTINIQUE	733
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES	733
RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE DE NÎMES	733
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SAINT-ÉTIENNE	734
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG	743
RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL ET UNIVERSITAIRE DE TOURS	744
RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL AIX-PERTUIS.	745
RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL	

ANDRÉ GRÉGOIRE DE MONTREUIL	745
RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE (EPSM) LILLE MÉTROPOLÉ À ARMENTIÈRES.....	745
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER ALPES-LÉMAN	745
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER DE BEAUVAIS	746
RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER PUBLIC DU COTENTIN	746
RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER MÉTROPOLÉ SAVOIE	746
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'HÔPITAL NORD FRANCHE-COMTÉ.....	746
RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DU GROUPE HOSPITALIER DE LA RÉGION DE MULHOUSE SUD ALSACE.....	747
RÉPONSE DU DIRECTEUR DES HÔPITAUX DE SAINT-MAURICE	748
RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE	750
RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER VERDUN-SAINT MIHIEL	750
Chapitre XV - Les systèmes de retraites en France et en Allemagne ...	751
RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES	751
Chapitre XVI - Les systèmes d'assurance maladie en France et en Allemagne	751
RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE	751
RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS	752

**RÉPONSE DU MINISTRE DES FINANCES ET DES COMPTES
PUBLICS, DE LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA
SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES ET DU SECRÉTAIRE
D'ÉTAT AU BUDGET**

1. Concernant les comptes de la sécurité sociale, nous tenons tout d'abord à souligner que le Gouvernement a poursuivi en 2014 leur redressement. La réduction des déficits a été, l'an passé, d'ampleur comparable à ce qui a été fait en 2013 sur le champ de l'ensemble des régimes de base et du FSV (- 3,2 Md€), et même légèrement plus importante sur le seul champ du régime général et du FSV (- 2,2 Md€, après - 2,1 Md€).

À cet égard, il n'apparaît pas pertinent de se référer à l'année 2011 pour apprécier l'effort actuel de réduction des déficits, en raison de l'atypisme de cette année caractérisée par un très fort rebond spontané de l'activité à la sortie de la première phase de la crise (la masse salariale privée avait progressé de 3,6 %), et un effort très important en recettes (plus de 6 Md€ pour le seul régime général). Le redressement des comptes sociaux en 2014 a quant à lui été effectué malgré une conjoncture économique encore fragile : en particulier, la progression de la masse salariale du secteur privé (+ 1,5 %) a été très inférieure à son évolution moyenne de long terme.

Dans ce contexte, la stratégie de redressement des comptes poursuivie par le Gouvernement a principalement reposé sur des efforts portant sur la dépense, que le rapport de la Cour, qui insiste sur les apports en recettes auxquels il a également été procédé, ne met pas assez en évidence. Les actions de maîtrise comprennent à la fois les mesures des LFSS pour 2014 et 2015 sur la politique familiale, les économies issues des dernières lois sur les retraites, dont la montée en charge n'est pas achevée, les contraintes sans précédent posées sur la gestion administrative des caisses, ainsi que l'abaissement du taux d'évolution de l'ONDAM à des niveaux inédits (2,4 % en 2014, et de l'ordre de 2 % en 2015).

Alors que le rapport laisse parfois entendre que la réduction des déficits aurait été insuffisante et aurait justifié un effort plus important encore sur les dépenses, nous considérons au contraire qu'il n'aurait pas été pertinent, dans la conjoncture de l'année 2014, de limiter la progression des dépenses au niveau de celle des recettes, les premières n'ayant d'ailleurs pas vocation à épouser exactement chaque année le niveau des secondes, principalement déterminé par le cycle économique. Les dépenses ont plutôt vocation à suivre une trajectoire définie sur longue période, en cohérence avec les objectifs globaux de finances publiques.

En définitive, l'année 2014 illustre pleinement la volonté et la pertinence de la méthode de réduction des déficits, poursuivie en dépit d'une croissance très faible (0,2 %).

S'agissant de l'année 2015, en raison d'une faible progression des recettes, liée à l'absence de mesures nouvelles significatives – conformément au choix du Gouvernement – et de leur dynamisme encore faible, les prévisions de la Commission des comptes de juin dernier n'aboutissent pas à une réduction du déficit dans une ampleur comparable à celle des années passées. Néanmoins, les efforts en dépense se poursuivent à un rythme équivalent s'agissant de la branche Famille et même accru s'agissant de l'ONDAM. Il n'est donc nullement justifié de qualifier l'année 2015 d'année « blanche », sauf à laisser accroire que l'effort serait relâché, ce qui ne correspond pas à la réalité des mesures prises, ni même aux constats faits par la Cour dans son rapport.

En outre, la Cour souligne elle-même la prudence des hypothèses économiques faites par le Gouvernement, qui accrédite le sérieux de sa projection budgétaire. Le Gouvernement souhaite à cet égard rappeler que l'année dernière, alors même qu'il était prévu que le déficit pour 2014 serait seulement stabilisé par rapport à 2013 à 15,4 Md€ sur le champ RG + FSV, les actions de maîtrise des dépenses (notamment la sous-exécution de l'ONDAM) et la prudence des hypothèses retenues dans les prévisions ont finalement permis d'aboutir à une nette réduction de ce déficit (2 Md€).

Aussi, l'effort engagé ayant été poursuivi sans relâche, et les hypothèses en matière de recettes étant, comme le reconnaît la Cour, très prudentes, il n'est pas exclu que l'année 2015 marque une nouvelle réduction du déficit.

La Cour signale enfin que, tandis que la dette accumulée à la CADES tend à se réduire, les amortissements étant supérieurs aux nouvelles dettes transférées, la dette restant gérée par l'ACOSS et financée à court terme se stabilisera quant à elle seulement en 2016, à un niveau de 32,5 milliards d'euros, et restera à un niveau de 30 milliards d'euros en 2018. Dans la mesure où cette situation expose une partie minoritaire mais néanmoins importante de la dette sociale au risque de remontée des taux d'intérêts, la Cour en recommande le transfert rapide à la CADES. Toutefois, plutôt que de transférer, comme le propose la Cour, l'intégralité de la dette non amortie qui sera constituée au cours des prochaines années, ce qui aurait pour corollaire une hausse immédiate et substantielle des prélèvements obligatoires acquittés par les ménages que la Cour évalue à 0,23 point de CRDS, le Gouvernement envisage d'affecter à la CADES dès 2016 l'intégralité de la dette déjà accumulée, dans le respect du plafond de reprise de dette fixé par la LFSS pour 2011. Cette disposition réduirait de manière très significative l'endettement de l'ACOSS au titre des années 2016 et 2017, et donc son exposition au risque, sans avoir d'impact financier significatif pour la CADES ni l'effet défavorable pour les ménages qu'aurait une hausse de la CRDS.

2. Nous notons par ailleurs que la Cour a pris acte des progrès réalisés dans la fiabilisation de la construction de l'ONDAM. Cependant,

alors que la Cour indique que la progression des dépenses n'aurait pas été mieux maîtrisée en 2014 que l'année précédente, nous souhaitons rappeler deux points principaux. D'une part, cette progression, très nettement inférieure aux évolutions qui prévalaient avant 2010, se rapporte à une base qui avait été revue nettement en baisse dans la LFRSS pour 2014 (de l'ordre de 0,8 Md€). D'autre part, loin de traduire un relâchement dans la maîtrise des dépenses, le respect de l'ONDAM tant en niveau (sous-exécution de 0,4 Md€ par rapport à la LFRSS) qu'en évolution (2,4 %, soit le taux prévu initialement) constitue en fait un effort accru par rapport aux années précédentes puisqu'il s'est effectué alors même que des dépenses exceptionnelles sont venues alourdir la tendance.

Il a en effet fallu prendre en compte à la fois le financement des traitements contre le virus de l'hépatite C (VHC) et le rebasage effectué en LFRSS. Hors coût des nouveaux traitements VHC, la croissance de l'ONDAM se serait établie à 2,1 %. Leur financement a permis l'accès à des nouveaux traitements innovants associés à un haut niveau de prise en charge, 11 000 patients ayant bénéficié de ce type de médicaments en 2014. De ce point de vue, l'exercice 2014 nous semble tout à fait exemplaire d'une maîtrise globale de l'ONDAM et de la mise à disposition des nouveaux traitements. En outre, le taux d'évolution de l'ONDAM a été respecté malgré un rebond des arrêts maladie.

S'agissant des établissements de santé, la dynamique d'activité sur le champ hospitalier reste soutenue. Aussi, les dernières campagnes tarifaires témoignent des améliorations significatives en matière de régulation de ces dépenses, avec la mise en œuvre du coefficient prudentiel sur le financement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique depuis 2013 et d'une réserve prudentielle sur les dépenses des établissements conventionnés avec l'assurance maladie ayant une activité en soins de suite et réadaptation ou en psychiatrie depuis 2015. Pour ce qui relève des modalités de construction de l'ONDAM hospitalier, l'amélioration est continue, et comme la Cour l'indique, des travaux sont en cours notamment s'agissant de l'estimation du GVT et de l'incidence de l'activité sur les charges des établissements de santé.

Le programme de stabilité présenté en avril 2015 prévoit une évolution de l'ONDAM de 1,75 % en 2016 et 2017. Le respect de ce rythme de dépenses repose sur la mise en œuvre du plan d'économies 2015-2017 qui s'articule autour de quatre axes : concrétiser le « virage ambulatoire » ; accroître l'efficacité de la dépense hospitalière ; poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et la promotion des génériques ; améliorer la pertinence et le bon usage des soins en ville et à l'hôpital. Ces axes permettront de mettre en place des réformes structurelles de transformation du système telles que celles préconisées par la stratégie nationale de santé. Ils s'appuient également sur une coopération renforcée entre l'État et l'assurance maladie, dans la conception et le pilotage du plan au niveau

national comme dans la mobilisation cohérente du réseau des ARS et de celui de l'assurance maladie au niveau territorial. Cette coopération et cette mobilisation renforcée sont une condition indispensable pour atteindre les objectifs très ambitieux du plan ONDAM 2015-2017.

3. L'analyse menée par la Cour sur les cotisations sociales et l'évolution de leur place dans les recettes des régimes contribue à un débat pertinent dans le contexte actuel marqué par des mesures qui contribuent à transformer les modalités de financement de la sécurité sociale. Nous partageons avec la Cour une conception qui tendrait à faire de la cotisation et de la prestation les deux contreparties – l'une sous forme d'obligation, l'autre sous forme de droit – de l'affiliation à un régime de sécurité sociale. Cette affiliation, historiquement appuyée sur un critère professionnel et qui tend à évoluer vers un critère de résidence garantit l'accès aux prestations, aujourd'hui largement universalisées, et justifie une obligation de cotisation des affiliés et des employeurs conditionnée à leur situation professionnelle et proportionnée aux revenus qu'ils en tirent plutôt qu'aux montants de prestations perçues.

4. Concernant les recompositions territoriales de l'offre de soin, nous partageons une partie du constat, notamment sur les outils à renforcer, mais le constat nous semble devoir être nuancé. En effet, comme l'indique le rapport, les résultats ne sont pas négligeables : une réduction très significative des capacités en hospitalisation complète et une réduction des inégalités territoriales ont été obtenues. Dans le même temps, le développement du secteur médico-social a été largement engagé. Enfin, plus récemment, les actions des pouvoirs publics et des professionnels ont permis de développer les structures d'exercice coordonné dans le secteur libéral et le pacte territoire santé a permis d'obtenir des avancées concrètes dans les territoires ruraux.

S'agissant de la stratégie de recomposition de l'offre de soins, le projet de loi de modernisation de notre système de santé renforce le caractère stratégique et opérationnel de la programmation régionale en simplifiant et assouplissant les projets régionaux de santé (PRS). En rupture avec une approche segmentée de l'organisation régionale (schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation des soins – SROS, et schéma régional d'organisation médico-social – SROMS et schémas régionaux d'investissement en santé – SRIS), l'ARS devra traduire les orientations stratégiques retenues dans un seul schéma d'organisation permettant de développer les coordinations entre structures et professionnels pour faciliter les parcours et contribuer à la maîtrise des dépenses de santé.

L'encadrement réglementaire des activités de soins constitue un levier important. Une réflexion sur les évolutions nécessaires du régime juridique régissant les conditions d'implantation et de fonctionnement des activités de soins a été engagée par les services du ministère chargé des affaires sociales depuis plusieurs mois, en lien avec les ARS et les fédérations

hospitalières. Les fondements sont posés dans la future loi de modernisation de notre système de santé : simplification et élévation générale du niveau d'exigence.

La mise en œuvre du plan triennal d'économies sur l'ONDAM 2015-2017 conduit à renforcer sensiblement ces orientations sous l'angle de l'efficacité médico-économique pour les ARS. Elle s'est traduite opérationnellement par une priorisation accrue sur ces thèmes dans la nouvelle génération des CPOM État-ARS signés cet été. Ambitieux, ce plan doit se traduire par une réorganisation profonde de l'offre de soins, pensée au niveau du territoire, avec comme impératif le respect des équilibres financiers et une exigence accrue de qualité des soins. L'hôpital de demain doit être structurellement organisé autour de l'ambulatoire, ce qui implique une évolution synchronisée des prises en charge, des structures et de l'organisation hospitalières.

S'agissant du Fonds d'intervention régional (FIR) et plus généralement des marges financières à la main des ARS, nous partageons l'intérêt qu'il y a à étendre et simplifier les dispositifs de fongibilité. La création du FIR en 2012 ainsi que la mise en place de la fongibilité DAF-FIR (LFSS 2014) ont d'ores et déjà contribué à augmenter les marges de manœuvre financières des ARS. Cette réflexion sera poursuivie une fois la gestion du FIR transférée aux agences au premier janvier prochain en application de la LFSS 2015. Une péréquation des dotations entre régions a été engagée pour tenir compte des inégalités de santé sur le territoire conformément à la recommandation de la Cour.

Il est vrai que les ARS ne sont pas directement responsables du respect d'une trajectoire globale de maîtrise des dépenses d'assurance maladie comme le souhaiterait la Cour. Toutefois, plusieurs des objectifs et la moitié des cibles « métier » qui leur ont été fixées dans le cadre des nouveaux CPOM en déclinaison du plan triennal relèvent de cette logique. Sans aller jusqu'à créer un objectif régional de dépenses d'assurance maladie (ORDAM), ils incluent des objectifs financiers précis qui couvrent une partie significative des enjeux de maîtrise des dépenses. Par ailleurs, nos services travaillent, en lien avec la CNAMTS, à un dispositif plus complet de suivi des dépenses au sein de chaque région.

Comme le recommande par ailleurs la Cour, une plus forte prise en compte des spécificités territoriales dans l'application des conventions des professions libérales est rendue possible par l'article 41 du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Ainsi les négociations conventionnelles intégreront nécessairement des marges d'adaptation de la convention nationale au niveau régional, notamment concernant l'appui à l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires.

5. Pour ce qui relève du pilotage national de l'organisation des soins, il convient de souligner que la création des ARS a profondément

modifié les modes opératoires de l'administration centrale, tout particulièrement pour les directions qui disposaient auparavant de leurs réseaux propres (ARH pour la DGOS, DRASS pour la DGS). La validation des instructions en CNP rend nécessaire que les différentes directions aient convergé en amont sur les questions techniques. Les échanges en CNP se concentrent donc sur les questions stratégiques, ce que confirme la participation effective et régulière des directeurs à cette instance. S'agissant de l'association des directeurs généraux des ARS, il convient de souligner qu'est d'ores et déjà pris en compte leur avis pour la préparation des instructions pour s'assurer de leur bonne mise en œuvre par les ARS. La réforme territoriale renforcera cette « co-construction ».

Concernant les CPOM, comme l'indique la Cour, le CNP a simplifié les CPOM de la seconde génération 2015-2018. L'ambition est de revenir à l'essence même d'un contrat pluriannuel resserré sur un nombre limité d'objectifs et d'indicateurs.

Nous partageons par ailleurs le constat relatif à la nécessité de refonder le plan stratégique de la DGOS, en intégrant les nouvelles orientations de la stratégie nationale de santé et un positionnement plus adapté de la direction avec ses partenaires. Le plan stratégique 2015-2017 est en voie de finalisation et sera rendu public à la fin du troisième trimestre 2015. Il s'articule autour de 4 axes (développer les soins primaires, optimiser les parcours et le financement de l'offre de soins ; favoriser l'innovation, améliorer la performance des offreurs de soins ; développer les compétences des professionnels et promouvoir le dialogue social ; renforcer l'appui au pilotage stratégique et la performance).

Nous partageons également les observations sur la nécessaire régularisation de la mise à disposition de personnels à la DGOS par l'assurance maladie. Nous prendrons les mesures de coordination nécessaires en PLF/PLFSS 2016 afin de régulariser cette situation, dans le respect de la neutralité pour les finances publiques. Nous notons cependant qu'elle existe depuis la création de la direction et vise à compléter l'expertise de l'administration centrale grâce à l'apport de professionnels spécialistes du système de santé et de l'organisation des soins : directeur d'hôpital, médecin, pharmacien, ingénieur hospitalier par exemple.

6. S'agissant de l'offre de soins en maternités, nous partageons la très grande majorité des recommandations formulées par la Cour qui convergent avec les grands objectifs de la politique menée en la matière.

La définition d'un maillage territorial approprié conciliant les enjeux de proximité et de qualité de la prise en charge est au cœur des priorités du Gouvernement. Comme le rapport le met en évidence, la recomposition de l'offre en maternités a été substantielle depuis l'entrée en vigueur des décrets de 1998. L'adaptation du nombre et de la localisation des maternités dans les années à venir ne peut s'envisager qu'au terme d'une appréciation au cas

par cas de la part des ARS, en fonction de l'évaluation locale des besoins et des ressources – notamment humaines – disponibles.

Le principal enjeu sera d'améliorer la performance globale, notamment médico-économique, des maternités et de consolider les maternités à faible activité et isolées (sans alternative à proximité) sans pour autant mettre en péril la qualité et la sécurité des soins. Cette ambition globale prendra notamment appui sur le futur régime juridique régissant les conditions d'implantation et de fonctionnement des activités de soins dont les fondements sont posés dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé, et qui reposera à la fois sur une logique de simplification et d'élévation générale du niveau d'exigence, conforme aux attentes légitimes de la population.

Ces différentes évolutions propres aux maternités devront se faire en cohérence avec l'évolution des attributions et responsabilités des autres acteurs de la prise en charge des parturientes, notamment les réseaux de périnatalité dont les missions ont été très récemment redéfinies, dans le cadre d'une prise en charge globale.

7. S'agissant de l'avenir des centres de lutte contre le cancer (CLCC), si nous partageons l'essentiel du diagnostic de la Cour, à savoir que les CLCC occupent aujourd'hui une place singulière dans l'offre de soins en cancérologie qui tend néanmoins à se résorber, ainsi que la recommandation sur la nécessité de rétablir l'équilibre financier des structures en difficulté, il nous semble nécessaire de nuancer certaines recommandations.

Aujourd'hui, cette offre de soins est marquée par une mutation profonde, invitant les pouvoirs publics, les professionnels et établissements de santé, et plus largement l'ensemble des acteurs de la cancérologie à questionner les organisations en place et à anticiper les évolutions nécessaires. Dans ce contexte, les CLCC ont un rôle essentiel à jouer : accompagner les nouvelles thérapeutiques, les nouveaux modes de prise en charge, avec un objectif de maintien d'un haut niveau qualité et d'innovation.

Nous soutenons donc la stratégie de regroupement des CLCC. Elle constitue selon nous une opportunité de réorganisation de l'offre de soins en cancérologie, et notamment de rapprochements entre centres et avec des centres hospitaliers universitaires (CHU).

8. Concernant les dépenses de soins paramédicaux, nous partageons par ailleurs le constat sur la forte dynamique des dépenses liées aux infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes.

Les propositions concernant la répartition géographique de l'offre rejoignent en partie les réflexions engagées pour sécuriser un dispositif de régulation de l'installation des masseurs-kinésithérapeutes, au vu de

l'efficacité avérée d'un tel mécanisme pour les infirmiers. Cette proposition doit être préférée dans un premier temps à la suppression de la prise en charge des cotisations sociales des auxiliaires médicaux en zones sur-denses, qui pourrait conduire certains professionnels à se déconventionner. En outre, la CNAMTS améliorera la connaissance des activités de ces professionnels (évolution de la nomenclature des actes, traçabilité des prescriptions effectuées) afin de pouvoir renforcer les actions de maîtrise médicalisée et de contrôle de leurs pratiques.

Les propositions relatives à la réforme des modes de rémunération des professionnels de santé sont difficilement réalisables à court terme. La mise en place d'enveloppes financières limitatives par médecin traitant pour réguler les dépenses liées aux auxiliaires médicaux est difficile à établir à partir d'une caractérisation de leur patientèle (âge, pathologie et comorbidités) acceptable par les partenaires conventionnels. Nos priorités portent davantage sur l'évaluation de l'efficacité des coopérations entre auxiliaires médicaux et médecins, notamment dans le cadre de l'expérimentation ASALEE, dont l'évaluation médico-économique sera réalisée d'ici la fin de l'année.

9. S'agissant de la politique publique en matière d'insuffisance rénale chronique terminale, nous partageons la volonté de favoriser les prises en charge les plus efficaces, qui permettent à la fois une amélioration de la qualité de vie des patients et une optimisation des dépenses. Toutefois, la mise en œuvre d'un tarif unique nécessite des approfondissements. En effet, ce modèle apparaît aujourd'hui difficilement applicable au champ de la dialyse du fait de son hétérogénéité. À court terme, nous avons souhaité mettre en place, à modèle de financement constant, une politique tarifaire plus volontariste. À moyen terme, l'objectif est de parvenir à la mise en place de tarifs fondés sur l'efficacité et la qualité des soins.

10. La Cour dresse par ailleurs un constat sur le dispositif des pensions de réversion, en soulignant son hétérogénéité et la complexité de ses règles. Dans un objectif de convergence, elle propose plusieurs évolutions, reposant sur des ajustements paramétriques applicables à tous les régimes (âge, condition de ressources, taux de réversion, proratisation en fonction de la durée de mariage notamment).

Nous rejoignons largement le constat établi par la Cour. Néanmoins, toute évolution devrait prendre en compte les différences de modèles existants, notamment les spécificités propres aux régimes complémentaires, dont les paramètres relèvent de la responsabilité des partenaires sociaux, ainsi que le coût des adaptations induites par équité dans certains régimes (comme par exemple le coût d'une extension de l'assurance veuvage). Surtout, toute évolution même paramétrique, impliquera des arbitrages quant aux objectifs poursuivis à privilégier.

11. La Cour a également examiné les dispositifs en faveur de l'accès aux soins des ménages les plus défavorisés, qui constituent une priorité du Gouvernement, indépendamment du taux de prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire qui a progressé ces dernières années pour atteindre 76,3 % de la dépense en 2013, contrairement au constat de désengagement fait par la Cour sur le long terme et de stabilisation sur le moyen terme. La part des dépenses prises en charge de façon solidaire (AMO + CMU-C) a continué à progresser pour atteindre 78 % en 2014, + 0,8 par rapport à 2011, et le meilleur niveau depuis 2007.

Plusieurs mesures importantes ont par ailleurs été prises en faveur des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Comme le relève la Cour, la CMU-C solvabilise très largement les dépenses de santé de ses bénéficiaires, le reste à charge de ces derniers s'élevant en moyenne à 1,8 % de leurs dépenses (en 2010). La revalorisation décidée en 2014 de la prise en charge des prothèses auditives, de l'optique et des soins dentaires est destinée à réduire encore le reste à charge. La priorité porte désormais sur l'amélioration du taux de recours à ce dispositif. Nous partageons les recommandations de la Cour visant à y parvenir : depuis l'été 2015, le recueil exhaustif des demandes de CMU-C lors de l'instruction des demandes de RSA est mis en œuvre par les CAF. En outre, la CNAMTS continue de mobiliser l'ensemble de son réseau pour assurer la promotion de la CMU-C et de l'ACS et déploie un plan de refonte et de sécurisation de l'application informatique de gestion.

Plus encore, le Gouvernement a engagé des actions sans précédent en faveur de l'accès aux soins des bénéficiaires de l'ACS. En effet, outre l'exonération des participations forfaitaires et franchises au 1er juillet 2015, la mise en place du tiers payant intégral à compter de cette même date et l'instauration, par la loi de modernisation de notre système de santé en cours d'examen au Parlement, de tarifs maximaux pour les actes prothétiques dentaires et les dispositifs médicaux, les bénéficiaires de l'ACS ont désormais accès à des contrats de complémentaire santé de qualité grâce à l'appel à concurrence organisé par l'État et ayant conduit à la sélection de onze offres présentant trois niveaux de garanties minimales au meilleur prix. La Cour constate ainsi que le montant moyen des primes et cotisations baisserait fortement par rapport aux contrats aujourd'hui souscrits par les bénéficiaires de l'ACS, soit de 15 % à 37 % en fonction des contrats sélectionnés et des classes d'âge, ce qui témoigne d'une amélioration massive du rapport qualité-prix des contrats proposés aux bénéficiaires de l'ACS. Afin de porter cette réforme à la connaissance des assurés, une importante campagne de communication a été mise en place.

12. Concernant la réorganisation du réseau des organismes de sécurité sociale, la Cour conclut que les perspectives d'économies sont insuffisantes malgré les fusions d'organismes engagées dans le régime

général depuis une dizaine d'années, et notamment l'absence de recherche de taille critique des organismes au travers du processus de fusion.

Les reconfigurations n'avaient cependant pas pour objet de définir une taille critique d'organisme, mais le resserrement des réseaux en cohérence avec la logique territoriale et en fonction des compétences exercées. En recherchant une organisation optimale, les restructurations participent aussi à la réduction continue des coûts, comme en témoignent les dernières COG signées au sein du régime général qui programment des réductions d'effectifs significatives et contribuent à l'objectif d'économies sur les frais de gestion de notre système de protection sociale, fixé à près de 1,5 Md€ à l'horizon 2017.

En outre, les mutualisations de services ou d'activités entre plusieurs organismes de sécurité sociale, tout comme les simplifications et la dématérialisation, contribuent aux gains d'efficacité. Le PLFSS pour 2016 permettra en outre de développer des mutualisations inter-branches et inter-régimes, lorsque ces mutualisations permettent de renforcer l'efficacité de la gestion des organismes, via notamment la mutualisation de certaines activités telles que la gestion de la paie, la gestion immobilière ou encore la comptabilité.

13. S'agissant de la certification des hôpitaux, nous ne pouvons que nous féliciter avec la Cour de son impact, très positif, sur la fiabilité des comptes, même si ce bilan reste partiel à l'issue de la première vague. Malgré le choix de ne certifier dans un premier temps que les comptes des établissements dont les produits excèdent 100 millions d'euros, ce dispositif mobilise d'ores et déjà 158 établissements représentant près de 70 % des budgets hospitaliers. L'opportunité d'une éventuelle extension du champ de la certification sera examinée à nouveau à l'issue du bilan consolidé des trois premières vagues, ainsi que le propose la Cour.

Ce bilan sera aussi l'occasion, comme la Cour le recommande, d'analyser l'impact des corrections d'écriture, y compris s'agissant de la méthode de provisionnement des emprunts structurés et d'évaluer les incidences de la certification sur les résultats financiers des hôpitaux consolidés au plan national.

DEUXIÈME PARTIE – RENFORCER LA RÉGULATION DE L'ASSURANCE MALADIE ET LA MAÎTRISE DE SES DÉPENSES

A – La réorganisation inaboutie de l'offre de soins

Chapitre V

Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS

J'ai pris connaissance avec beaucoup d'intérêt de vos analyses et de vos recommandations.

Comme vous m'y invitez, je souhaiterais vous faire part de plusieurs observations et commentaires sur quelques champs analysés dans ce rapport - vous trouverez par ailleurs un certain nombre de précisions complémentaires en annexe. Ces chapitres concernent en effet plusieurs domaines d'actions prioritaires pour la CNAMTS.

La Cour juge « décevant » le bilan de vingt ans de recomposition territoriale des soins, notamment en ce qui concerne les soins de ville.

Je ne rejoins pas le constat de la Cour des comptes qui juge insuffisantes les actions visant à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé libéraux.

La CNAMTS est très attentive à la question de la régulation de l'offre car elle constitue une des clés pour la gestion des dépenses des professionnels de santé mais également pour garantir l'accès aux soins. Dans ce cadre, elle a engagé de nombreuses actions visant à améliorer l'accessibilité géographique aux soins pour les assurés, actions qui ont produit des effets importants.

Je souhaite rappeler les effets positifs de la politique de régulation démographique menée pour les infirmiers dans le cadre conventionnel depuis sept ans, et renforcée depuis le contrat incitatif dans le cadre de l'avenant 3 à la convention nationale, conclu le 28 septembre 2011, qui accroît la portée de la régulation. Ce dispositif, jugé efficace par les partenaires conventionnels au regard des résultats obtenus dès les 3 premières années de mise en place a permis de constater une réduction des écarts de répartition

entre zones « très sous-dotées » et « zones surdotées » depuis 2010. À l'inverse, l'arrêt de la régulation du conventionnement en zone surdense a eu un effet immédiat sur les installations de masseurs-kinésithérapeutes qui se sont établis massivement dans ces territoires, ce qui montre bien l'effet qu'avait le dispositif. Si des obstacles juridiques ont ralenti les actions lancées dans ce domaine s'agissant des masseurs kiné, la volonté de continuer dans ce sens est entière et la démarche sera poursuivie dès que les textes adéquats auront pu être adoptés. La CNAMTS souhaite que le législateur redonne une base juridique aux dispositifs susceptibles d'être négociés avec les partenaires conventionnels représentant celles des professions de santé qui souhaiteraient s'inscrire dans ce type de dispositifs. Ces évolutions, qui rejoignent la recommandation de la Cour visant à améliorer la répartition géographique de l'offre, devraient produire des effets plus importants que la suppression ou la modulation de la prise en charge des cotisations sociales des auxiliaires médicaux en zones surdenses, mesure également évoquée par la Cour, en raison des conséquences potentielles de ces mesures sur le déconventionnement des professionnels de santé.

Chapitre VI

La stratégie et le pilotage central de l'organisation du système de soins : une refonte nécessaire

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS

La Cour juge nécessaire la refonte de la stratégie et du pilotage central de l'organisation du système de soins, et regrette le manque de coordination entre la DGOS et la CNAMTS.

Si des réunions bilatérales ont été mises en place de manière régulière au niveau des directeurs généraux depuis cette année, elles viennent compléter des échanges nombreux entre les équipes de la CNAMTS et celles de la DGOS dans le cadre de comités ou réunions de travail en commun. Je précise par ailleurs que la DGOS est déjà partie prenante à la préparation et négociation de la convention d'objectifs et de gestion même si celle-ci est pilotée par la DSS pour le compte du ministère.

Par ailleurs, il n'est pas fondé d'opposer la DGOS et la CNAMTS qui n'ont pas le même rôle ni le même positionnement : la CNAMTS exerce ses missions d'opérateurs dans le cadre de missions définies par les textes législatifs et réglementaires et conformément aux objectifs fixés avec l'État dans sa convention d'objectifs et de gestion, avec une tutelle exercée par le Ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale. Ainsi, au sein de la CNAMTS, la DGOS a des missions différentes, adaptées au rôle d'opérateur

de la CNAMTS avec notamment des fonctions de mise en œuvre des actions en direction des assurés, de négociation et mise en œuvre des conventions négociées avec les professionnels de santé, de gestion des nomenclatures et classifications ou encore de gestion budgétaire du Fond national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire, de conception et développement de téléservices pour les professionnels de santé.

Il n'est donc pas pertinent d'opposer les missions d'une direction d'administration centrale du ministère et de la CNAMTS pour en déduire un bicéphalisme de la régulation du système de santé.

Chapitre VIII

Les centres de lutte contre le cancer : un positionnement à redéfinir dans l'offre de soins

RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Les extraits du chapitre VIII du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015 (RALFSS), qui ont été communiqués par la Cour à l'INCa pour relecture, n'appellent pas d'observation de notre part pour ce qui concerne les données chiffrées relatives à l'activité des centres.

Les pôles régionaux de cancérologie ne sont plus mentionnés par les Plans cancer 2 & 3, ce schéma n'étant plus porté comme modèle par les orientations nationales en matière de lutte contre le cancer.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT D'UNICANCER

1 - Sur la place spécifique des CLCC - un modèle d'innovation plus que jamais nécessaire

La Cour fait état, dans toute la première partie de son rapport, du positionnement innovant et central dans l'offre de soins des CLCC, dont elle souligne la « place spécifique », le « rôle souvent pivot » et le « modèle original ». Comme le mentionne la Cour, des pratiques inventées par CLCC dans la deuxième moitié du XXe siècle ont été reprises par les Plans cancer successifs, et élevées au niveau de critères réglementaires rendant obligatoire leur mise en place par les autres opérateurs. UNICANCER ne peut que se féliciter de cette mise à niveau pour la qualité de la prise en charge des patients atteints de cancer.

Il paraît en revanche particulièrement peu pertinent d'en conclure que le « particularisme des CLCC s'estompe », titre qui ne semble d'ailleurs pas du tout en adéquation avec l'argumentaire développé par la Cour dans la

description de la place qu'occupent aujourd'hui les CLCC dans l'offre de soins en cancérologie. On ne saurait en effet confondre les bonnes pratiques, garantes de la qualité formelle des prises en charge (consultation d'annonce, référentiels etc.), et le modèle établi dans les CLCC d'une cancérologie transversale assurant une prise en charge globale, médico-psycho-sociale, basée sur la mobilisation réelle d'une expertise collective, que la taille des CLCC protège de l'effet structure négatif des très gros hôpitaux.

Par ailleurs, depuis la parution des principaux textes organisant la prise en charge en cancérologie (2007) et surtout dans les toutes dernières années, de nouvelles grandes avancées, à la fois scientifiques, technologiques et donc organisationnelles sont à l'œuvre. Aujourd'hui, le caractère innovant de la prise en charge en cancérologie ne peut plus se mesurer à l'aune du modèle de prise en charge du début des années 2000. Le nouveau modèle, tel qu'il commence à émerger, issu des résultats des essais de recherche clinique, est celui d'une approche stratifiée des stratégies thérapeutiques, calée d'une part sur une caractérisation biologique des tumeurs par ciblage moléculaire et, d'autre part sur des « méga »-données issues de la « vraie vie ». L'approche moléculaire permettant les thérapies ciblées efface la notion d'organe, c'est-à-dire qu'un traitement actif sur une anomalie donnée peut être efficace, quel que soit l'organe atteint de cancer s'il présente justement ce biomarqueur. Or, l'organisation historique des CLCC, fondée sur une prise en charge oncologique transversale, est justement la plus à même de s'affranchir de l'origine anatomique des cancers. La caractérisation moléculaire des tumeurs et le développement de l'immunothérapie entraînent une multiplication des types de traitements, variables par leur mode d'administration, souvent par voie orale, mais aussi par leurs effets secondaires. C'est la justification des essais cliniques mais aussi des études en vie réelle. Celles –ci vont imposer une organisation nouvelle de la prise en charge, avec une évaluation permanente et rapide au niveau individuel (le malade) et collectif (pour le suivi du rapport bénéfice/risque des médicaments). Or là encore les CLCC anticipent d'ores et déjà cette évolution. Les études d'envergure internationale CANTO et ESME, sous le pilotage d'UNICANCER, qui permettent le recueil et l'accès à ce type de données de suivi longitudinal, en sont l'illustration.

Ces évolutions structurantes de la prise en charge des patients atteints de cancer entraînent d'autres modifications qui ont été identifiées par l'étude prospective conduite par UNICANCER, dite EVOLPEC, citée dans le rapport et pour lesquelles les CLCC sont reconnus comme porteurs de ces changements majeurs. Le 3^{ème} plan cancer reprend d'ailleurs en grande partie cette étude dont aucun autre acteur du système de santé n'avait anticipé les enjeux. Dans la mesure où la caractérisation moléculaire des tumeurs implique de nouvelles modalités de travail entre anatomopathologistes, biologistes et bio-informaticiens, les CLCC ont déjà réorganisé leurs services de diagnostic en créant des services de

biopathologie, et créent les premières réunions de concertation pluridisciplinaires moléculaires. Ils sont actuellement les seuls à promouvoir en France des essais académiques de médecine ciblée, et sont en train d'organiser, en lien avec d'autres opérateurs étrangers, les premières grandes conférences de consensus international sur les conséquences dans la pratique quotidienne clinique de l'analyse génomique tumorale.

Leur souplesse et réactivité leur permettent d'atteindre un niveau de prise en charge chirurgicale sénologique en ambulatoire de plus de 40 %, taux très supérieur aux autres établissements de santé. Le développement des techniques de chirurgie mini-invasive ou de radiologie interventionnelle permet à la fois une amélioration du service rendu aux malades en proposant des solutions thérapeutiques nouvelles et des gains d'efficacité en réduisant les durées de séjour hospitalier. L'organisation intégrée, multidisciplinaire des CLCC leur a permis de développer de façon innovante la radiothérapie per-opératoire, technique dont une étude de l'INCa vient de démontrer tout l'intérêt médico-économique.

Dans le domaine de la radiothérapie, des essais de désescalade thérapeutique permettent d'envisager une réduction du nombre de séances de radiothérapie (hypofractionnement) sur lesquels, comme le note la Cour, la DGOS s'appuie pour envisager de nouveaux financements forfaitaires. Mais cette évolution n'est envisageable qu'avec des équipements, des technologies et des savoir-faire que peu d'établissements hormis les CLCC maîtrisent (IMRT, protonthérapie...). Enfin, la chronicisation de la pathologie cancéreuse et des effets secondaires jusqu'à présent non connus, liés aux nouvelles molécules, impliquent une prise en charge per et post post-cancer proposée dans les services de soins de support des CLCC, spécificité, comme le note la Cour, qu'ils promeuvent depuis très longtemps.

2. Sur la situation financière des CLCC

La Cour relève la détérioration des résultats financiers des CLCC au cours des dernières années. UNICANCER ne conteste pas ce point, mais juge nécessaire d'en apprécier la teneur à la lumière des éléments suivants :

- si la situation globale des comptes d'exploitation reste déficitaire, une amélioration sensible doit être relevée entre 2013 et 2014 avec un résultat passant de -18 M€ à -10,7 M€ ;*
- le déficit enregistré reste contenu, de l'ordre de 0,5 % des produits et n'affecte pas l'ensemble des centres, loin s'en faut, ce qui prouve que le modèle économique des CLCC est toujours viable ;*
- la situation des CLCC n'est pas une exception dans le paysage sanitaire, les établissements publics en général et les CHU en particulier sont confrontés aux mêmes difficultés. UNICANCER note à cet égard que les CLCC ne reçoivent pas en fin d'année d'enveloppes complémentaires*

dans les mêmes proportions que les CHU et jamais pour faire face à des difficultés de trésorerie ;

- *le déséquilibre relatif des comptes de résultats n'affecte en rien la santé financière du groupe UNICANCER telle que reflétée par le bilan, marqué par une trésorerie qui reste suffisante, un endettement modéré et maîtrisé et des fonds propres non affectés par les résultats d'exploitation.*

UNICANCER relève en outre que les principales raisons des difficultés budgétaires rencontrées concernent la réduction des financements de type MIGAC, et qui ne sont pas réévalués de manière proportionnelle à la croissance d'activité ; le sous-financement flagrant, voire l'absence de financement d'activités innovantes et de recours qui sont prises en charge par le CLCC (radiologie interventionnelle, molécules nouvelles en attente d'inscription sur la liste en sus), et pèsent lourdement sur les budgets des CLCC à hauteur d'environ 8 M€ selon un calcul d'UNICANCER ; la multiplication des consultations en oncologie, liée à la chronicisation de la maladie, alors qu'elles ne sont financées qu'à hauteur de 23 € par l'assurance-maladie, très en deçà de leur coût réel, estimé à 80 € ; enfin, la non-prise en compte des investissements par les tarifs, sachant que les CLCC proposent des plateformes d'équipements coûteux directement liés à leurs activités à très forte valeur technologique, conséquence du progrès médical et scientifique.

La Cour pointe l'augmentation de certains types de dépenses à caractère général et d'hôtellerie. UNICANCER en a pleine conscience, et veillera à l'avenir, comme l'y invite la Cour, à ce que les CLCC utilisent pour ces postes de dépenses beaucoup plus largement le groupement d'achats UNICANCER Achats. Les CLCC, conscients des contraintes financières qui s'imposent à eux, ont décidé de déployer au sein du réseau UNICANCER un programme de missions dites « d'appui » depuis début 2014 : cette démarche, destinée à rendre un avis de pairs sur l'adéquation entre la situation financière de chaque CLCC et ses projets, ainsi qu'à proposer des pistes d'efficacité, est menée par des équipes médicales et de direction de différents centres, formées et pilotées par le siège. Le lancement de cette démarche explique en grande partie l'amélioration des résultats entre 2013 et 2014. Au-delà, les directions générales de CLCC, dans le cadre de la nouvelle stratégie de groupe, souhaitent voir le siège d'UNICANCER jouer un rôle de conseil, voire de pilotage plus serré en matière médico-économique, par le développement d'une supervision qui se concrétisera, dès le 2^{ème} semestre 2015, par un avis rendu sur les décisions stratégiques prises par les CLCC ainsi que par la mise en place d'une structure d'accompagnement qui suivra les centres à risque ou en difficulté financière et validera les projets d'investissements lourds. Ces nouvelles missions ne se substitueront bien sûr en aucun cas à celles des ARS, mais permettront de sécuriser les pouvoirs publics quant à la bonne gestion des CLCC, grâce à une capacité d'anticipation voire d'alerte en cas de problème.

3. Sur les relations avec les autres établissements de santé et les CHU

UNICANCER s'étonne que la Cour, faisant état des quelques 77 coopérations formalisées recensées par les CLCC avec d'autres établissements de santé, les qualifie malgré tout « d'importance relativement réduite ». L'ancrage territorial des CLCC n'est pourtant plus à démontrer : une toute récente étude complète ces données en recensant 169 collaborations médicales avec les centres hospitaliers généraux ou des établissements privés et près d'une centaine de collaborations avec les CHU.

Les CLCC soutiennent ainsi de nombreux autres établissements, pour leur permettre de faire face à leurs obligations, et faciliter de la sorte l'accès à tous les patients de leur région aux meilleurs soins, au plus près de leur territoire : des établissements non autorisés à traiter les cancers par chimiothérapie peuvent, grâce à l'accompagnement des CLCC, être « établissements associés ». La quasi-totalité des centres mettent à disposition du personnel médical à temps partiel auprès d'autres hôpitaux pour des consultations d'oncologie dispensées par des médecins spécialistes de CLCC, et de plus en plus souvent sont créés des postes partagés, ce qui favorise la formation des professionnels et la diffusion des connaissances. Certains CLCC soutiennent la radiothérapie d'un autre établissement, avec ou sans portage de l'autorisation, voire la responsabilité entière du fonctionnement du service.

Tous les CLCC sans exception, ont des coopérations avec les CHU. On rappellera ici que le directeur général du CHU et le doyen siègent de droit au conseil d'administration du CLCC, et que les nominations des praticiens hospitalo-universitaires ne peuvent avoir lieu qu'en étroite association avec le doyen, membre éminent de la communauté hospitalière du CHU. Si la Cour déplore le faible nombre de signatures de convention constitutive de centre hospitalier et universitaire entre l'UFR de médecine, le CHR et le CLCC depuis la disposition légale de 2007, les 14 CLCC qui n'ont pu conclure ces conventions du fait de la réticence de leurs partenaires universitaires le déplorent encore davantage. Les CLCC et les CHU ont vocation à collaborer. Concrètement, la quasi-totalité des centres partagent avec les CHU voisins des réunions de concertation pluridisciplinaires communes, des unités de coordination en oncogériatrie communes, des plateformes de génétique moléculaire, des équipements lourds ou des activités de soins, de recours et d'expertises, des centres d'essais de phases précoces. Ces collaborations nombreuses ont permis aux différents sites, hors Ile de France, de se porter candidats à la labellisation SIRIC systématiquement en association avec le CHU.

Néanmoins, si la coopération avec les CHU est ainsi déjà une réalité importante et reste un objectif stratégique majeur ainsi qu'en atteste le 2^{ème} axe de la stratégie du Groupe, UNICANCER conteste la « possibilité de

fusions avec les CHU », recommandation de la Cour des Comptes qui n'en démontre pas la pertinence, et ceci pour plusieurs raisons :

La Cour démontre elle-même que les CLCC restent un modèle d'organisation dans la prise en charge des patients et le regroupement avec les CHU n'apporterait rien de ce point de vue ; au contraire, une telle intégration se traduirait de facto par la disparition du modèle des Centres et d'UNICANCER en tant que réseau, avec une dilution complète de ces derniers dans le modèle organisationnel des CHU, sans aucun gain sur le plan médical et scientifique mais avec une difficulté nouvelle pour les patients qui n'auront plus la garantie d'accéder à des soins de haut niveau sans reste à charge. La proposition de la cour conduirait à déstabiliser profondément le système hospitalier français, alors que les bouleversements de la cancérologie sont rapides et profonds et demandent donc beaucoup de réactivité et d'adaptation pour assurer la meilleure prise en charge au meilleur coût ;

- la situation financière des CHU et leur mode d'organisation ne sont en rien garants d'une amélioration de la performance économique. Au contraire d'ailleurs si l'on s'en tient par exemple à ce qu'évoque la Cour des Comptes quant au coût des personnels entre le CLCC et le CHU de Toulouse. A ce titre, le modèle de Toulouse, dont la Cour reconnaît elle-même les limites, n'a pas, à ce stade, fait la preuve d'une efficacité optimale.*

4. Sur le regroupement des CLCC en « comprehensive cancer centers » français

La stratégie de groupe UNICANCER a été redéfinie au terme d'une réflexion collective d'une année et lancée après avoir reçu le soutien explicite de la ministre chargée de la santé. Elle est fondée sur trois axes : un renforcement du pilotage national par UNICANCER, le développement de la politique de site et de l'ancrage territorial par des coopération et un maillage toujours plus étroits, particulièrement dans les zones défavorisées au plan sanitaire, et enfin, l'accroissement de la capacité d'action des CLCC, grâce à des fusions entre CLCC devant aboutir à une dizaine d'établissements, ayant une taille suffisante et homogène pour une meilleure efficacité managériale, et des gains d'efficacité sur les fonctions dite support.

L'ambition de cette nouvelle stratégie est de maintenir les CLCC, en position d'avant-garde sur le modèle actualisé des « comprehensive cancer centers », dont la Cour reconnaît la valeur et où s'écrit la cancérologie du futur. Il s'agit, autour des SIRIC labellisés par l'INCa (tous portés par les CLCC sauf un), de proposer une offre de soins très spécifique en pleine évolution qui inclut la recherche clinique et qui doit se positionner en tête de réseaux de recours. UNICANCER considère ainsi que les CLCC ont vocation à participer au volet cancérologique des projets médico-scientifiques des futurs groupements hospitaliers de territoire.

La valeur ajoutée d'UNICANCER pour la communauté cancérologique française, c'est notamment sa capacité d'action en tant que réseau intégré d'établissements dédiés à la cancérologie, unique en Europe. Il est notamment le seul à même, à ce jour en France, de mener des essais cliniques académiques de médecine personnalisée d'envergure internationale, de monter de grandes cohortes et des mégabases de données pour conduire des études épidémiologiques et médico-économiques en vie réelle. UNICANCER considère que son réseau doit non seulement perdurer, mais être conforté, pour accélérer encore ces avancées, avec ses 20 sites clairement identifiés sur l'ensemble du territoire, réunis en une dizaine d'établissements. La France a une longueur d'avance en matière d'organisation de la cancérologie, qu'elle a acquise au cours des 70 dernières années, grâce aux CLCC répartis sur le territoire, au réseau qu'ils ont créé entre eux plus récemment ainsi qu'à l'INCa et aux Plans cancer qui se succèdent depuis 10 ans. Il semblerait plus que dommageable de mettre en péril une organisation que ses voisins européens envient à la France.

Enfin UNICANCER s'étonne du choix du terme « défensif » pour qualifier la nouvelle stratégie du groupe. En effet il s'agit, au contraire, d'un choix résolument offensif pour adapter nos établissements aux évolutions majeures et rapides de la cancérologie en cours, alors que le paradigme de la prise en charge est en train de changer, pour diffuser au mieux et au plus vite les innovations diagnostiques et thérapeutiques sur le territoire à tous les patients, ainsi que pour conforter la place de la France dans la compétition scientifique internationale tout en participant aux efforts nationaux d'économie, d'efficacité et de modernisation du secteur hospitalier.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'INSTITUT CURIE

L'extrait de rapport communiqué à l'Institut Curie n'appelle pas d'observations de sa part.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'INSTITUT DE CANCÉROLOGIE DE L'OUEST (ANGERS)

J'ai l'honneur de vous transmettre ci-dessous ma réponse à la phrase du rapport : « ce rapprochement a fortement dynamisé les deux sites, l'un et l'autre maintenus même si leur faible éloignement aurait pu poser la question d'un regroupement géographique ».

Un tel regroupement géographique n'a pu être envisagé tant les bassins de population de chacun des deux sites sont différenciés, non seulement en proximité (Angers et Maine-et-Loire, Nantes et Loire-Atlantique) et en hémi régions est (Sarthe et Mayenne) et ouest (Vendée) des

Pays de la Loire, mais également en recrutement extrarégional (sud de la Bretagne pour le site René Gauducheau dans l'agglomération nantaise, nord du Poitou-Charentes et du Centre pour le site Paul Papin d'Angers).

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE DE LUTTE
CONTRE LE CANCER DE CAEN**

Le projet qui m'a été adressé se limite seulement aux deux pages pour lesquelles vous sollicitez une réponse. Ce projet fait état « d'hypothèses de fusions qui pourraient être explorées, ainsi celle des CLCC de ROUEN et de CAEN au sein de la future région Normandie ».

Votre projet faisant état de la stratégie du groupe UNICANCER, qui a reçu l'appui du Ministère de la Santé, n'appelle pas de réponse ma part.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'INSTITUT DE
CANCÉROLOGIE DE LORRAINE**

L'extrait de rapport communiqué à l'Institut de cancérologie de Lorraine n'appelle pas d'observations de sa part.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE DE LUTTE
CONTRE LE CANCER DE REIMS**

Nous n'avons pas de réponse à apporter au rapport en ce qui concerne spécifiquement l'Institut de Cancérologie Jean Godinot.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE DE LUTTE
CONTRE LE CANCER DE HAUTE-NORMANDIE**

Je vous remercie de la transmission du projet de rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale 2015 (RALFSS) que la Cour des comptes se propose de publier prochainement. Je ne souhaite pas apporter de réponse à ce projet.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE DE LUTTE
CONTRE LE CANCER DE TOULOUSE**

J'accuse réception des extraits du chapitre VIII du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015 (RALFSS) relatif à l'avenir des CLCC : des décisions à prendre.

Faisant suite à votre demande, j'ai l'honneur de vous informer que je n'ai aucune remarque à formuler sur les éléments transmis.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE
DE SANTÉ DE CHAMPAGNE-ARDENNE**

J'ai pris attentivement connaissance des extraits du chapitre VIII du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015 (RALFSS) que vous m'avez adressé par courrier ci-dessus référencé du 22 juin 2015.

Seul le dernier paragraphe de ces extraits appelle de ma part la précision suivante.

Ce paragraphe indique :

« À l'inverse, en Champagne-Ardenne, le CLCC et le CHU de Reims ne sont pas parvenus à construire un pôle régional de cancérologie, en contradiction avec les orientations nationales, alors que l'élaboration d'un projet de coopération renforcée pourrait permettre de faire face aux contraintes de taille qu'ils rencontrent l'un comme l'autre ».

Je partage cette appréciation. À titre d'éclairage complémentaire et à toutes fins utiles, je tiens toutefois à vous confirmer que si le pôle régional de cancérologie, également orientation stratégique du volet Traitement du cancer du schéma régional d'organisation des soins, n'est effectivement pas constitué, le CLCC et le CHU de Reims portent un certain nombre d'actions en commun : unité de coordination en oncogériatrie, plateforme de biologie moléculaire, postes d'assistants partagés en imagerie et en pharmacie, système de transmission d'image PACS commun...

Ce sont ces éléments qui montrent que des coopérations sont possibles et qui devraient pouvoir permettre de relancer de manière positive les travaux de construction d'un pôle régional de cancérologie, sous réserve d'une volonté des protagonistes.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE
DE SANTÉ DE HAUTE-NORMANDIE**

La lecture du chapitre du rapport relatif à l'avenir des CLCC, a retenu toute mon attention. Ces éléments n'appellent pas, à ce stade, de remarques particulières supplémentaires de la part de l'Agence régionale de santé de Haute-Normandie.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE
DE SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE**

Je vous informe que l'Agence régionale de santé Île-de-France n'a pas de remarques particulières, les éléments transmis le 29 avril 2015 ayant été pris en compte.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE
DE SANTÉ DE LORRAINE**

Je vous confirme que je ne souhaite pas apporter de réponse à ce rapport.

**RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE
RÉGIONALE DE SANTÉ MIDI-PYRÉNÉES**

C'est avec une grande attention que j'ai pris connaissance du rapport sur l'application des lois de financements de la sécurité sociale 2015 (RALFSS).

Je tenais à vous assurer qu'après lecture du document, l'ARS Midi-Pyrénées n'a aucune remarque particulière.

**RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE
RÉGIONALE DE SANTÉ PAYS DE LA LOIRE**

Vous m'avez transmis, des extraits du chapitre VIII du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015 (RALFSS), établi en application des dispositions de l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières, que la Cour se propose de publier prochainement.

J'ai pris connaissance des éléments du document et ceux-ci n'amènent de ma part aucune remarque ni complément particulier.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER
RÉGIONAL UNIVERSITAIRE DE NANCY**

J'ai l'honneur de vous confirmer que la rédaction de la partie du rapport soumise à ma relecture n'appelle de ma part aucune remarque.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES**

Pour faire suite à votre courrier en date du 22 juin 2015 concernant la notification des extraits du chapitre VIII du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015, je vous informe que je ne souhaite pas apporter de commentaires particuliers à ce rapport.

**RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS**

Les collaborations entre le CHU de Reims et le CLCC (Institut Jean Godinot) sont les suivantes :

- l'organisation de 20 RCP dont 6 sont animées par l'Institut Jean Godinot et 14 par le CHU, cette répartition ayant été construite par les deux établissements en cohérence avec leurs activités cliniques ;

- l'existence, depuis juin 2015, d'une communication entre les PACS des deux établissements afin notamment de faciliter la gestion des RCP ;

- l'adhésion des deux établissements à un GIE "TEPSCAN" ;

- la mise à disposition, au profit du CHU, de deux vacations IRM sur l'équipement appartenant à l'Institut Jean Godinot ;

- l'implication commune dans le domaine de l'Oncogériatrie par le copilotage d'une Unité de Coordination d'OncoGériatrie (UCOG), dont la coordination est assurée par un médecin de chaque établissement ;

- l'existence de postes d'assistants à temps partagé entre les deux établissements (radiologie et pharmacie) ;

- les complémentarités en termes de chimiothérapies réparties entre les deux établissements et une orientation des patients du CHU vers l'Institut Jean Godinot pour les actes de radiothérapie.

Enfin, en termes de perspective, un travail doit être mené sur l'intégration des activités de Biologie de l'Institut Jean Godinot au sein du nouveau Pôle de Biologie du CHU dont la livraison est prévue en septembre 2018.

Les collaborations existantes sont de qualité. Il faut cependant noter qu'un projet plus "ambitieux" porté par l'ARS et portant sur l'élaboration d'un projet médical commun n'a pu se concrétiser à ce jour.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

En réponse au courrier du 22 juin 2015, relatif à un extrait du chapitre VIII du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015 que vous m'avez adressé, dans le cadre des fonctions du Directeur Général par intérim que j'ai exercées, je vous précise que je n'ai pas de réponse à apporter.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE

Après avoir pris connaissance des extraits du chapitre VIII - l'avenir des CLCC - que vous m'avez adressé, je vous confirme que je suis en accord avec le contenu proposé et ne souhaite pas faire de commentaires.

B – La maîtrise de dépenses à fort dynamisme

Chapitre IX

Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS

La Cour analyse également le dynamisme des dépenses de soins infirmiers et masseurs kinésithérapeutes, qu'elle attribue à la forte croissance démographique de ces professions ainsi qu'à l'absence d'actions de régulation.

À cet égard, la Cour estime qu'« aucune analyse approfondie n'a été réalisée ni par le ministère de la santé, ni par l'Assurance maladie pour objectiver les différents déterminants des dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie ».

L'assurance maladie s'est au contraire investie ces dernières années dans l'analyse de plus en plus poussée des données statistiques relatives à l'évolution des dépenses et des pratiques dans le cadre notamment des différents rapports charges et produits. À titre d'illustration le rapport 2014 consacre un chapitre entier à l'évolution des soins infirmiers en mettant en évidence le poids des différents facteurs dans l'évolution des dépenses, ainsi que leur forte concentration.

La remarque de la Cour concernant l'absence de mesure de régulation des soins infirmiers me paraît également devoir être nuancée.

La pertinence des actes constitue un axe majeur pour l'Assurance maladie qu'il convient bien entendu de renforcer encore. À cet égard, pour les soins de ville, des programmes d'accompagnement et de contrôle auprès des professionnels de santé sont régulièrement développés. À ce titre, l'assurance maladie a mis en œuvre en 2014 un plan de suivi des majorations « pour acte unique » et « pour coordination infirmière » portant sur la facturation de ces majorations par les infirmiers, avec un envoi de courrier de sensibilisation aux infirmiers n'ayant pas respecté les modalités de facturation. Par ailleurs, comme vous l'évoquez, la CNAMTS, a proposé de développer un programme d'autonomisation des patients insulino-dépendants. Des travaux ont de plus été engagés par l'Assurance maladie, en partenariat avec les syndicats infirmiers sur la refonte de la démarche en

soins infirmiers (DSI) afin de la rendre plus cohérente avec l'intervention actuelle des infirmiers auprès des personnes âgées dépendantes. Enfin, des travaux sur l'évolution de la nomenclature des actes ont déjà été engagés par l'UNCAM afin d'améliorer la connaissance des activités de ces professionnels et de pouvoir renforcer les actions de maîtrise médicalisée et de contrôle de leurs pratiques. Ces travaux ont d'abord ciblé les chirurgiens-dentistes, puis les sages-femmes. Une réforme de la nomenclature des auxiliaires médicaux ne pouvait être conduite simultanément, mais des travaux visant à mettre en place une nomenclature descriptive et permettant de retracer de manière affinée les actes réalisés et facturés par les masseurs-kinésithérapeutes sont aujourd'hui en cours d'étude. Comme tous travaux de cette nature, des revendications professionnelles de revalorisations tarifaires ne manqueront pas d'être évoqués par les représentants des professionnels en contrepartie de cette nomenclature, ce qui suppose, pour l'Assurance Maladie, de disposer de certaines marges de manœuvre financières, même limitées, pour négocier sa mise en place. Ce même travail doit également être réalisé pour les infirmières dans un second temps. À ce titre, il y a lieu de souligner les avancées déjà engagées par la CNAMTS sur la nomenclature des infirmiers avec la décision du 21 juillet 2014 qui a pour objectif de renforcer l'activité la plus technique des infirmiers libéraux (acte de perfusions), de rationaliser les cumuls d'actes/de cotations et d'assurer un suivi statistique de ces actes de surveillance des perfusions.

Je ne partage pas non plus votre analyse portant sur les contrôles réalisés par l'assurance maladie que vous jugez « très insuffisants au regard des enjeux financiers et des risques de fraude ».

Il n'est pas exact d'affirmer que « les contrôles couvrent un champ très étroit au regard des effectifs des professionnels libéraux ». Les contrôles de l'assurance maladie couvrent l'ensemble des offreurs de soins et ne se limitent pas aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes. En 2014, les contrôles réalisés ont permis de détecter et de stopper des fraudes de montants importants, en hausse par rapport aux années précédentes, de la part de l'ensemble des acteurs du système de soins : professionnels de santé (75,9 M€), fournisseurs (5,9 M€), transporteurs (21,9 M€), établissements (29,9 M€ hors T2A), prestations en espèces (29 M€), gestion des droits (5,2 M€) etc.

De plus, il convient de considérer l'ensemble des actions menées par l'Assurance maladie, et non uniquement celles relevant des programmes nationaux. En effet, les ciblage réalisés dans le cadre des programmes nationaux sont par nature limités aux seuls professionnels présentant des indicateurs d'activité les plus atypiques. La majorité des actions de contrôle sont initiées et réalisées par les organismes locaux, à partir de leurs propres ciblage statistiques ou de signalement qu'ils exploitent. Ainsi, concernant les infirmiers, ce sont plus de 19 M€ de fraudes qui ont été détectées et stoppées par les Caisse en dehors des programmes nationaux (19,4 M€ en 2013 et

19,3 M€ en 2014). Les contrôles menés par les Caisses ont abouti à la détection de plus de 2 500 fraudes et activités fautives de 2007 à 2014. La CNAMTS élabore actuellement un programme national de contrôle vis-à-vis des masseurs-kinésithérapeutes, qui sera diffusé au cours du dernier trimestre 2015. Elle maintiendra également le ciblage de professionnels présentant des indicateurs d'activité atypiques, notamment des auxiliaires médicaux, de manière à ce que des contrôles soient effectués de manière régulière par les organismes locaux, en adéquation avec leurs moyens disponibles.

L'affirmation selon laquelle « la CNAMTS n'est pas en mesure d'indiquer les suites apportées aux plaintes pénales ou ordinaires ainsi qu'aux procédures conventionnelles » et celle jugeant que la procédure de l'article L. 162-1 du code de la sécurité sociale, qui permet aux directeurs de caisse d'infliger des pénalités financières à des professionnels de santé « reste peu utilisée » me paraît devoir être nuancée. Près de 2 500 pénalités financières ont été prononcées en 2014 par les directeurs d'organismes, dont 533 à l'encontre de professionnels et prestataires de service. En outre, en 2013, 252 plaintes pénales ont été déposées et 182 saisines ordinaires ont été réalisées par l'assurance maladie vis-à-vis de professionnels de santé. Ainsi, en 2014, les instances pénales ont prononcé 282 condamnations notamment financières (dommages et intérêts, frais irrépétibles (14,8 M€), et des amendes (1,1 M€)).

La proposition de la Cour de mettre en place « une enveloppe globale limitative déterminée a priori, dont le dépassement éventuel entraînerait un ajustement des tarifs unitaires à la baisse » semble difficilement envisageable compte tenu des principes d'organisation qui fondent notre système de santé. Si en Allemagne, la définition d'une enveloppe de soins d'auxiliaires médicaux limitative par médecin traitant est mise en œuvre, ce choix ne correspond ni à l'option prise en France en matière de régulation des dépenses ni à l'organisation des relations entre médecins et auxiliaires de santé. L'approche française est fondée sur la maîtrise médicalisée des dépenses et l'incitation au juste soin, et est très différente dans ses principes d'une régulation à partir d'enveloppes financières a priori. En outre, au regard de l'évolution des soins de ville observée dans les deux pays ces dernières années, l'approche française ne semble pas moins efficace que celle des allemands.

Par ailleurs, pour être pertinentes, de telles enveloppes autant macroéconomiques que par prescripteur nécessitent de tenir compte de critères objectifs pour les déterminer en fonction des caractéristiques populationnelles ou de patientèle et d'anticiper leur évolution en fonction des besoins. Ce système de lettres-clés « flottantes » déjà expérimenté dans le passé (début des années 2000) a été supprimé compte tenu de la difficulté de mise en œuvre. Enfin la définition d'enveloppes de soins d'auxiliaires médicaux par prescripteur, manifestant la sujétion des professions

« prescrites » aux médecins ou autres prescripteurs, est difficile à concilier avec les objectifs du virage ambulatoire et avec un climat propice à la coordination inter-professionnelle et à la coordination des soins, qui sont actuellement poursuivis.

La recommandation de la Cour visant à « engager une réforme structurelle des modalités de rémunération par la définition de forfaits par patient pour la prise en charge de certains types de pathologie » renvoie d'une part à la refonte des nomenclatures et aux travaux qui ont déjà été menés ou qui sont en cours sur la refonte de la démarche de soins infirmiers (DSI) et la refonte de la nomenclature des perfusions. La CNAMTS rejoint la Cour sur l'intérêt que pourrait avoir la mise en place de forfaits par patient pour la prise en charge de certaines pathologies, y compris dans le champ des auxiliaires médicaux, et participe à ce titre à des expérimentations menées par le Ministère.

Chapitre X

L'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charges plus efficaces

RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE DE BIOMÉDECINE

L'Agence de la biomédecine a pris connaissance avec le plus grand intérêt des extraits qui lui ont été adressés, intitulés « L'Insuffisance Rénale Chronique Terminale (IRCT) : favoriser des prises en charges plus efficaces ».

Ils confortent l'Agence dans sa détermination à poursuivre les stratégies mises en œuvre afin de répondre aux besoins des patients, dans le respect des principes éthiques et du cadre législatif et réglementaire qui encadre son activité. Le plan greffe 2 (intégré au contrat d'objectifs et de performance (COP) 2012-2016) arrivant à échéance fin décembre 2016, ce rapport aidera très certainement l'Agence à éclairer sa réflexion.

A- À titre liminaire, il importe de rappeler le travail et l'implication de l'Agence de la biomédecine et des professionnels du prélèvement et de la greffe au bénéfice des patients en attente d'un organe et, plus spécifiquement, dans le cadre de l'IRCT, en attente d'un rein

Dès 2008, dans un contexte d'augmentation prévisible des besoins du fait de l'élargissement des indications de greffe de rein, l'Agence de la biomédecine a fait le constat d'une stagnation des recensements de donneurs décédés potentiels et des prélèvements sur donneurs décédés en état de mort encéphalique (EME). De même, l'activité de greffe rénale à partir

de donneurs vivants restait marginale (7.5 % des greffes rénales) comparée aux pays d'Europe du Nord (mais globalement de même niveau par rapport aux pays d'Europe du Sud comme l'Espagne et l'Italie). C'est pourquoi il avait été décidé de faire un bilan du premier plan greffe, lancé en 2000, et de définir de nouveaux axes stratégiques de développement de ces activités pour répondre aux besoins des patients. C'est sur la base des conclusions de ce bilan et des contributions écrites des différentes parties prenantes qu'un document stratégique intitulé « Un nouvel élan pour la greffe » a été préparé et a servi de base à la préparation du « plan greffe 2 ».

Ce plan constitue l'objectif stratégique numéro 1 du COP. Il comporte 57 indicateurs de suivi dont 44 concernent le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus. C'est donc bien une priorité très forte pour l'Agence, soutenue par ses tutelles et son conseil d'administration auxquels il est rendu compte régulièrement. Dans un contexte de pénurie d'organes, affectant l'ensemble des pays industrialisés et émergents, le choix a été fait d'agir sur l'ensemble des leviers envisageables pour élargir les possibilités de prélèvement et donc de greffe sans privilégier une source par rapport à une autre (donneurs décédés, donneurs vivants) et tout en améliorant l'équité dans l'accès aux greffons dans le cadre éthique posé par les lois de bioéthique, la convention d'Oviédo et le protocole additionnel sur la transplantation d'organes et de tissus ainsi que les principes directeurs de l'OMS adoptés par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2010.

Maintenir et renforcer le prélèvement d'organes sur les donneurs décédés, pour lequel, comme le relève la Cour, la France est bien placée, a nécessité la mise en place d'un système de recensement et de prélèvement parmi les plus efficaces des pays développés.

Pour la greffe par donneurs vivants, on constate une forte augmentation au cours de ces dernières années (le nombre a plus que doublé depuis 2009, + 130 %) et des marges de progrès demeurent grâce aux évolutions introduites par la loi de bioéthique de 2011 (élargissement du cercle des donneurs vivants, don croisé) et à l'implication conjuguée de l'Agence, des professionnels et des associations.

Même si des progrès restent nécessaires, les résultats sont d'ores et déjà encourageants. Les greffes rénales ont progressé de 5 % en 2014 (3232 greffes) par rapport à 2013 (3074) et les greffes réalisées à partir de donneurs vivants de 28 %, franchissant la barre symbolique de 500 greffes, soit 16 % des greffes rénales totales. En nombre de greffes de rein (tous donneurs confondus), la France occupe, en 2013, la septième place (parmi les pays de l'Union Européenne plus la Norvège, la Suisse et les USA) avec 47,8 greffes rénales réalisées par million d'habitants (48,9 pmh en 2014), ce qui, contrairement à ce que pourraient laisser penser certaines phrases du rapport, sans être satisfaisant au regard du nombre de patients en attente de greffes, est tout à fait honorable.

En termes de résultats, les tendances observées sur les sept premiers mois de l'année 2015, tous donneurs confondus, confirment la dynamique positive :

- *Nombre de greffes rénales réalisées à partir de donneurs vivants : 2015 : 327 greffes ; 2014 même période : 286 greffes soit une augmentation de 14 %. L'objectif de 20 % de greffes rénales par donneurs vivants à l'horizon 2016 est désormais un objectif raisonnable ;*
- *Nombre de greffes rénales réalisées à partir de donneurs décédés : 2015 : 1686 greffes ; 2014 même période : 1560 greffes soit une augmentation de 8 %.*

B- Les extraits du rapport appellent de la part de l'Agence les remarques suivantes

1. Une performance globale de la France en nombre de transplantations jugée « médiocre » (II-B).

Au regard, tant des commentaires formulés dans le rapport (II-B) : « malgré l'augmentation significative du nombre de greffes » ; « La France... est le pays dans lequel le taux de donneurs de rein décédés a le plus progressé ») que des éléments d'informations rappelés supra par l'Agence, ce jugement apparaît particulièrement sévère. Il s'agit d'un chantier prioritaire qui bénéficie, au quotidien, de l'engagement et de la mobilisation de l'ensemble des parties prenantes.

2. Inégalités sociales et géographiques selon les modes de prise en charge

L'interprétation du ratio patients inscrits / patients dialysés doit être faite avec prudence. En effet, cet indicateur n'est plus utilisé dans le rapport REIN car il est le reflet de deux processus : l'inscription au numérateur et la greffe au dénominateur (puisque restent en dialyse ceux qui n'ont pas été greffés). Ainsi, une région avec beaucoup de greffes, pourrait avoir un pourcentage d'inscrits plus bas car "restent" en dialyse les patients non « transplantables ». Inversement, région avec peu de greffes, pourrait avoir un pourcentage d'inscrits plus haut car sont en dialyse les patients non "transplantés". De plus ces chiffres ne tiennent pas compte de l'état clinique des patients qui évoluent dans le temps et qui est très variable d'une région à l'autre.

Il convient également de souligner que les pratiques d'inscription ont évolué avec une augmentation du nombre d'inscription préemptive (patients inscrits avant le démarrage de la dialyse) qui est passé de 5 % à 15 % en 10 ans (chez les patients de moins de 70 ans).

3. Les règles d'attribution des greffons

L'objectif principal d'un système d'attribution est de répondre de manière adaptée aux besoins de santé très variés des malades en attente de greffe. Du fait de la pénurie d'organes, un système d'attribution (dénommé « score ») est toujours le fruit d'un compromis entre des critères d'efficacité, d'équité et de faisabilité logistique (l'effet délétère de l'ischémie froide sur la survie du greffon est bien décrit dans la littérature, alors que l'utilisation des machines à perfusion ne répond pas à cette problématique mais à celle de la qualité des greffons à « critères élargis »), le choix final relevant quant à lui de la responsabilité de l'équipe médicale en charge du receveur.

Un nouveau score, mis en œuvre en février 2015, désormais commun à toutes les régions, permet d'optimiser l'attribution des greffons en offrant des stratégies différenciées selon l'âge du receveur et de réduire les disparités géographiques.

Si l'attribution d'un rein en local persiste, elle est désormais davantage modulée et il est en tout état de cause difficile d'envisager d'y mettre un terme dans l'immédiat sans un travail au préalable sur les indications de greffes et les pratiques d'inscription des patients en liste d'attente, qui varient d'une équipe à l'autre et donc d'une région à l'autre, au risque de créer d'autres sources d'iniquité. Comme le souligne le rapport, la Haute autorité de santé (HAS) a engagé un travail d'élaboration de recommandations concernant les indications de greffe et l'inscription en liste d'attente qui sera très utile.

4. Augmenter le prélèvement sur donneurs décédés

4.1. L'Agence a fait de l'amélioration du recensement sur donneurs décédés un axe stratégique à travers :

- le déploiement volontariste de l'outil « Cristal Action » (programme démarré en 2010 et qui couvre actuellement 141 établissements de santé autorisés au prélèvement et 21 établissements non autorisés) et l'évaluation des donneurs potentiels par établissement à partir des données du PMSI ;

- l'évolution des forfaits annuels de coordinations hospitalières pour le prélèvement d'organes et de tissus avec l'introduction de critères d'efficacité et du concept de réseau de prélèvement de façon à mailler de façon plus importante le territoire et faciliter ainsi l'identification de donneurs potentiels dans des hôpitaux.

Le travail en cours, sous le pilotage de la DGOS, sur l'organisation et la mutualisation du prélèvement, ainsi que la mise en œuvre du dispositif de télétransmission d'images par l'ABM, financé pour 400 000 € par la DGOS, participent pour leur part à l'amélioration du prélèvement.

4. 2. *Diminution des taux de refus en réduisant principalement les fortes disparités régionales.*

Pour ce faire l'Agence est engagée, depuis la création de l'EFG, dans l'organisation et la prise en charge de formations à l'entretien à l'abord des proches et sur la prise en charge médicale des donneurs. Afin de progresser encore dans ce domaine, elle a mis en place des formations qui s'appuient sur une plate-forme de télé-enseignement pour augmenter le nombre d'apprenants, diminuer les coûts de la formation à terme et cibler les médecins réanimateurs, urgentistes et anesthésistes-réanimateurs qui sont essentiels dans le processus de recensement de donneurs potentiels et dans l'approche des familles.

Comme le relève à juste titre la Cour, les conditions matérielles de l'accueil des familles est un élément clé de la réussite d'un entretien en confiance. C'est l'objet même de l'arrêté de 1998, en cours de révision, relatif aux bonnes pratiques de prélèvement d'organes et de tissus et qui prévoit à cet égard que les établissements mettent un local équipé à la disposition des coordinations hospitalières.

Le projet d'amendement sur le consentement au don d'organes, inscrit dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé, et dont les débats ont été largement relayés par la presse, a suscité de nombreuses réactions de la part des professionnels du prélèvement et de la greffe, des associations et du public. Cela a conduit à une augmentation extrêmement importante des demandes d'inscriptions sur le Registre National des Refus (RNR), géré par l'Agence (moyenne de 350 à 400 demandes par jour, avec des pics à plus de 700 demandes, à comparer avec une moyenne de 90 demandes hebdomadaires antérieurement).

Dans l'état actuel des discussions de cet amendement, il est prévu :

- *un décret en Conseil d'État sur les moyens d'exprimer son refus de voir ses organes prélevés ;*
- *la rédaction de règles de bonnes pratiques (RBP) sur l'abord des proches proposées par l'ABM et arrêtées par la ministre chargé de la santé.*

Pour préparer ces textes d'application, la ministre a annoncé une concertation de l'ensemble des parties prenantes sur le sujet. Ces travaux ont vocation à être menés sous la responsabilité de la DGS mais en associant l'ABM et supposera également une forte implication de toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre du nouveau dispositif (information du public, formation des professionnels, évolution du RNR, etc.).

4. 3. *Recours à l'ensemble des possibilités légales de prélèvement : le prélèvement sur donneurs décédés après arrêt circulatoire contrôlé (Maastricht 3).*

Dès 2004, l'Établissement français des greffes avait initié une réflexion sur le développement des prélèvements sur donneurs décédés après arrêt cardiaque (on parle aujourd'hui au niveau international de « prélèvement après arrêt circulatoire »). À la suite du vote de la loi du 22 avril 2005 relative au droit des malades et à la fin de vie, dite Loi Léonetti, il avait été décidé de limiter cette nouvelle activité aux catégories 1,2 et 4 de Maastricht (arrêt cardiaque non contrôlé) du fait du vote récent de la loi mais aussi parce que la pratique de la limitation et de l'arrêt des soins était peu diffusée au sein des services de réanimation.

La question des prélèvements sur donneurs décédés après arrêt circulatoire contrôlé de la catégorie III de Maastricht a été rouverte en 2009. Un travail important de réflexion et de préparation a été mené en amont par l'Agence de la biomédecine, en parallèle des réflexions du CCNE et des comités d'éthique des sociétés savantes SFAR et SRLF qui demandaient un débat national sur ce sujet qui était loin de faire l'unanimité au sein des professionnels concernés.

En février 2013, estimant que la réflexion était suffisamment aboutie, l'OPECST a demandé à l'Agence de la biomédecine d'engager la rédaction d'un protocole en collaboration étroite avec les professionnels pour définir les conditions techniques et éthiques de sa réalisation.

Compte tenu de la sensibilité et de la gravité du sujet, l'Agence a donc fait le choix, en accord avec ses instances et ses tutelles, d'une démarche prudente et concertée, unanimement saluée, et elle souhaite dans le même esprit pouvoir évaluer les conditions de mise en place de ce protocole auprès des trois établissements actuellement autorisés avant d'envisager son élargissement pour une montée en puissance progressive.

5. Stratégie de communication de l'Agence de la biomédecine

Le prélèvement et la greffe d'organe sont des sujets sensibles qui doivent être discutés et faire l'objet d'une appropriation par l'ensemble du corps social :

- il s'agit de l'utilisation d'éléments et de produits du corps humain à des fins thérapeutiques, voire de recherche scientifique ;

- il s'agit d'une ressource rare et à ce titre la transparence dans la régulation et le contrôle de ces activités par la puissance publique et au-delà par la société est un impératif catégorique ;

- pour le don du vivant, le prélèvement d'un organe sur une personne en bonne santé est une transgression du principe de déontologie médicale

« d'abord ne pas nuire », principe érigé en principe éthique indépassable par des professionnels.

La promotion du don fait partie des missions légales de l'Agence. Elle peut passer, comme c'est le cas aujourd'hui, par une communication ciblée (via les néphrologues par exemple) ou de proximité (dans les centres de dialyse), mais la communication grand public, soutenue par les associations de patients et régulièrement demandée par les parlementaires, a également toute sa place dans la stratégie de l'Agence. Elle permet de créer une véritable « culture du don », susceptible de faciliter la prise de décision lorsque la question se pose concrètement. Elle participe également de la construction de la confiance du public dans l'activité de prélèvement, confiance qu'on sait aussi essentielle que fragile.

La formation des coordinations hospitalières à l'entretien avec les proches et les conditions d'accueil des familles, pour lesquels des crédits sont également mobilisés, n'entrent pas en contradiction avec la communication grand public. Les deux démarches sont complémentaires et constituent deux leviers importants de l'action de l'Agence.

6. La compensation financière du don

La rémunération des donneurs ou des familles est proscrite par la convention d'Oviédo (ratifiée par la France en décembre 2011) et le protocole additionnel sur la transplantation d'organes, ainsi que par la législation nationale. Cela n'interdit pas la juste compensation des frais (médicaux et non médicaux) liés au don d'organes.

En matière d'intéressement financier au recensement et au prélèvement d'organes sur donneurs décédés, la France a fait le choix d'un intéressement collectif, qui bénéficie à l'activité à travers le forfait annuel de prélèvement versé à l'établissement hospitalier, contrairement à un intéressement personnel qui n'est pas compatible avec le mode de rémunération en vigueur dans le secteur public hospitalier.

7. L'objectif de 6 000 greffes rénales par an

Cela signifierait un doublement de l'activité de prélèvement et de greffe qui nécessiterait d'atteindre un taux annuel de 92,3 greffes par million d'habitants (47,8 par million d'habitant en 2013, 48,9 pmh en 2014) ce qui paraît peu réaliste. Pour mémoire, actuellement les Pays-Bas réalisent 56,8 greffes par million d'habitants, les États-Unis 55,2 et l'Espagne 54,4. Pour sa part, Madame la ministre de la santé a réaffirmé, dans son allocution d'ouverture des Journées de l'Agence de la biomédecine en mai 2015, que l'objectif à atteindre était de 5 700 greffes d'organes, tous organes et donneurs confondus, à l'échéance du « Plan Greffe 2 » fin 2016.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS**

La Cour dresse un bilan des politiques conduites depuis une quinzaine d'années dans le domaine de l'insuffisance rénale chronique terminale, en constatant que la diversification des modalités de prise en charge ne s'est pas accompagnée d'une amélioration de la qualité des soins pour les patients.

À l'issue de son analyse, la Cour recommande de « substituer aux différents forfaits actuels un tarif unique par patient dialysé avec des majorations et minorations prenant notamment en compte l'état du patient et les résultats des traitements ».

Cette recommandation rejoint les travaux menés par la CNAMTS depuis 2012 sur une extension de la rémunération forfaitaire aux autres modalités de dialyse. À la suite d'un benchmark réalisé sur la tarification des parcours de soins dans le cadre de la dialyse aux USA et au Portugal, la CNAMTS a proposé dans le cadre de l'article 43 de la LFSS 2014, d'expérimenter une rémunération forfaitaire tant pour les structures que pour les néphrologues, en remplacement du financement à la séance et à l'acte ; cette rémunération forfaitaire devant s'accompagner d'une rémunération à la performance sur des indicateurs cliniques et de qualité de la structure pour un traitement commun du secteur public et du secteur libéral. Cependant le cadre réglementaire des expérimentations au titre de l'article 43 de la LFSS 2014, qui laisse aux régions le choix des expérimentations sur la base d'un cahier des charges national, ne permet pas d'envisager ce type d'expérimentation. Un groupe technique CNAMTS, DGOS et DSS réfléchit aux évolutions possibles et aux étapes nécessaires pour modifier la tarification dans les secteurs public et libéral.

Par ailleurs, la proposition de la Cour d'insérer un indicateur se rapportant à l'insuffisance rénale chronique terminale dans la rémunération sur objectif de santé publique des médecins rejoint une réflexion en cours sur l'introduction d'indicateurs mesurables dans nos systèmes d'information (examens de biologie sanguine, dont la créatinémie au moins annuelle pour les patients traités pour hypertension artérielle, et créatinémie et albiminurie au moins annuelles pour les patients diabétiques). Un indicateur de prévention de l'IRCT pourrait ainsi être envisagé dans le cadre de l'évolution de la ROSEP à négocier avec les représentants des médecins pour la prochaine convention médicale. Dans cette attente, la mise en place d'une étude sur le parcours de soins de patients sur une période de deux ans avant la mise sous traitement par dialyse ou par greffe doit permettre d'objectiver les carences dans la prise en charge des patients : insuffisance de contact avec le néphrologue, iatrogénie, approche indirecte de l'observance du traitement par le nombre de boîtes consommées... et de déterminer ainsi les actions les plus pertinentes pour améliorer la prise en charge de ces patients, la prévention de l'IRCT passant par le contrôle de la tension artérielle et le contrôle du diabète.

TROISIÈME PARTIE – DES SOLIDARITÉS À REPENSER

Chapitre XI

Les pensions de réversion : un rôle toujours majeur, une modernisation souhaitable

RÉPONSE DU CHEF DU SERVICE DES RETRAITES DE L'ÉTAT

Le service des retraites de l'État, opérateur du régime des pensions civiles et militaires de retraite des fonctionnaires de l'État, civils et militaires, prend note des pistes d'évolution possibles concernant les dispositifs de réversion.

De manière générale, les propositions tendent à proposer une convergence, toujours bienvenue, entre les règles existants dans les différents régimes ; il nous semble nécessaire d'avancer d'abord sur le débat premier au plan des principes, qui fondent la différence historique de certaines règles, entre la logique patrimoniale de la fonction publique et la logique de solidarité du régime des salariés du privé. Tendre vers le second plan de l'alternative, comme le projet de rapport semble le prendre pour nécessairement préférable, nécessitera d'avoir résolu ce sujet, notamment vis-à-vis des personnels militaires et en catégorie active. Proposer de trancher en ce domaine ne relève cependant pas de la compétence juridique du SRE.

Les pistes d'évolution proposées appellent de la part du SRE les observations techniques suivantes.

1. L'ajustement des conditions d'âge ne génère pas de difficultés particulières en gestion. L'information (âge) est détenue et son identification, sous réserve des développements informatiques adéquats, ne génère pas de complexité.

La proposition reste toutefois de portée générale et certains éléments devront être précisés quant :

- à la gestion de situations particulières, telles les décès en activité, les décès au cours d'un attentat, d'une opération de surveillance ou d'une mission de contrôle pour certaines catégories (policiers, gendarmes,...) dans les conditions décrites à l'article L. 50 du code des pensions civiles et militaires de retraites ;

- aux conditions d'attribution de la réversion au profit des orphelins en cas de décès d'un parent (est-il préconisé de faire application de la condition d'âge ?), en cas de décès des deux parents (cumul de la pension

temporaire d'orphelin (PTO) avec la part de réversion dont le conjoint bénéficiait), voire pour les orphelins majeurs infirmes (OMI), se trouvant au sens de l'article L. 40 à la charge effective de leurs parents et dans l'impossibilité de gagner leur vie.

2. L'introduction d'une condition de ressources pour attribuer les pensions de réversion comporte un degré de complexité très élevé en gestion et un coût important de mise en œuvre. Cela nous semble une fausse évidence de calquer le système du régime général des salariés du privé.

Si un traitement automatisé peut permettre de récupérer certaines sources de revenus, de tels traitements ne semblent pas permettre d'intégrer de manière exhaustive l'ensemble des données servant à déterminer les conditions de ressources. Il faudra recueillir la déclaration de l'assuré : il en résulte que la procédure ne peut être automatisée et nécessitera des vérifications qui, au demeurant, devront porter sur l'ensemble des pensions de réversion (près de 27 000 en 2014).

Sur la base de 27 000 pensions de réversion et de 1 400 h/ETP, on peut estimer, sur la base environ d'une heure de traitement supplémentaire par pension de réversion pour un premier examen, un besoin supplémentaire en ETP d'une vingtaine d'agents pour le SRE et le réseau de comptables, compte tenu de la charge induite par le traitement de ces dossiers liée notamment aux :

- vérifications lors de la prise en charge du dossier et récupération des pièces justificatives ;

- liquidation, relation usager, réclamations, recours contentieux.

L'examen des modifications des conditions de ressources avec de nouvelles prises en charge du comptable lors d'une modification des ressources aggravent le constat.

Le SRE émet donc les plus grandes réserves en gestion sur la duplication des conditions de ressources du régime général pour l'octroi des pensions de réversion.

Le SI du SRE devra être adapté pour intégrer les nouvelles dispositions. Ces évolutions rentreront en concurrence en termes de charge sur des ressources contraintes sur la partie liée à la réforme de la gestion des pensions, et au déploiement du compte individuel retraite. L'impact serait fort sur le rythme de bascule des employeurs qui avaient prévu de confier la gestion de leur demande de pension au SRE, et que la Cour avait recommandé d'accélérer, rythme qui sera par ailleurs grévé par le coût en ETP induit, qui représente plus du quart des effectifs du SRE consacré à la liquidation. À moyens constants, le surcoût généré en gestion par la mise sous conditions de ressources ne permettra plus au SRE d'assurer comme aujourd'hui l'absence de rupture de paiement entre le traitement et la pension.

Une alternative moins complexe en gestion pourrait consister à s'appuyer directement et uniquement sur les données fiscales rassemblées par la DGFIP. La mise en place d'un dispositif, certes moins exhaustif quant à la description des revenus mais plus simple en gestion et vérifiable, pourrait trouver à s'appliquer, dans le contrôle de ressources pour la réversion, que ce soit alors au régime de la fonction publique et au régime général. Les éléments sources de l'évaluation des ressources seraient ceux directement issus des bases fiscales autorisées. Cette alternative, si elle est moins coûteuse en gestion nécessitera des développements du système d'information et des ressources, toutefois bien moindres que celles requises dans le cas précédent.

3. La détermination de la pension de réversion au prorata de la durée du mariage sur la durée d'assurance rassemble deux données dont dispose le régime lors du moment de la liquidation des droits. Elle a pour effet mécanique de diminuer les revenus, puisque des durées d'assurances auront forcément été cotisées avant le mariage, et devra faire l'objet d'une étude d'impact.

En gestion, la mesure a un impact assez neutre : l'application possible par un moteur de calcul développé à cet effet devra automatiser le calcul. Un accompagnement de cette mesure par la suppression des conditions actuelles de suspension des pensions de réversion constituerait alors une simplification significative.

L'articulation de ce prorata avec les pensions temporaires d'orphelins (PTO) devra toutefois être précisée : les PTO seraient-elles soumises à la même proratisation ?

Dans une décision du 25 mars 2011 n° 2010-108-QPC, le Conseil constitutionnel a jugé contraire au principe d'égalité le fait de partager la pension de réversion entre les lits représentés puis de diviser chaque part entre les enfants de ces lits, parce que cela aboutissait à créer des différences entre les orphelins suivant qu'ils faisaient partis d'une fratrie plus ou moins nombreuse.

Le fait de liquider les pensions d'orphelins en fonction de la durée de l'union dont les enfants sont issus créera nécessairement des différences entre les enfants du fonctionnaire décédé, situation qui est susceptible d'encourir également la censure du Conseil constitutionnel.

4. L'harmonisation des taux de réversion ne suscite pas en gestion de remarques particulières.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES

Je vous remercie de m'avoir adressé deux extraits du rapport 2015 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale – l'un sur les pensions de réversion (chapitre XI) et l'autre sur les systèmes de retraites en France et en Allemagne (chapitre XV).

Je vous avais adressé en mars dernier mes remarques, ainsi que celles du secrétariat général du COR, sur les relevés d'observations provisoires relatifs à ces deux thèmes, et vous m'aviez auditionné sur les pensions de réversion.

J'observe que la Cour a tenu compte de ces échanges et vous en remercie.

Je ne souhaite pas apporter de réponse complémentaire à ce rapport – laquelle serait rendue publique – dans la mesure où le Conseil, en tant que tel, n'a pas été consulté.

RÉPONSE COMMUNE DES PRÉSIDENT ET VICE-PRÉSIDENT DE L'AGIRC ET DES PRÉSIDENT ET VICE-PRÉSIDENT DE L'ARRCO

Nous tenons à souligner, à titre liminaire, que les régimes de retraite complémentaire AGIRC et ARRCO sont gérés sous la responsabilité pleine et entière des Partenaires sociaux: ils n'entrent pas dans le champ de la loi de financement de la Sécurité sociale votée par le Parlement et nous réaffirmons qu'ils sont opposés à tout élargissement de cette dernière qui constituerait une remise en cause de l'autonomie de la gestion paritaire qui fonde les régimes.

Les régimes AGIRC et ARRCO obéissent à un principe de contributivité qui les conduit à compléter le régime de base en couvrant les rémunérations à partir du premier euro et à s'étendre à des fractions de salaire non couvertes par le régime de base, du plafond jusqu'à huit plafonds de la sécurité sociale.

La nature contributive des régimes complémentaires prend toute son importance s'agissant des réversions : les régimes AGIRC et ARRCO sont, dans de nombreux cas, conduits à se substituer au régime de base compte tenu des conditions de ressources posées par ce dernier.

L'introduction d'un critère de condition de ressources, tel qu'envisagée par la Cour, dans les régimes AGIRC et ARRCO pourrait, selon les termes même du rapport, prendre deux modalités :

- la mise en place d'un critère dans la réglementation même des régimes ;*

- la prise en compte des prestations de réversion des retraites complémentaires dans la base retenue pour l'appréciation de la condition de ressources au régime de base.

Il s'agirait, dans les deux cas, d'une remise en cause des modalités d'intervention des régimes de retraite complémentaire, pour lesquels la contributivité qui se traduit notamment par l'absence de conditions de ressources, constitue une caractéristique forte.

Les pensions de réversion bénéficient effectivement majoritairement aux femmes et ce, d'autant que les droits ouverts à ce titre (l'âge actuel d'ouverture de la réversion est en moyenne de 73 ans pour les femmes en ARRCO) concernent des générations de femmes qui n'ont souvent que peu ou pas de droits personnels. Les réversions viennent compenser des droits directs souvent faibles en raison du caractère plus heurté de leurs carrières et des écarts de rémunération encore significatifs avec les hommes leur permettant ainsi de limiter la diminution de leur niveau de vie suite au décès de leur conjoint.

Il ressort que les écarts des pensions en cours de service entre hommes et femmes sont de l'ordre de 40 % (chiffre DREES tous régimes) et de 50 % sur le seul périmètre ARRCO : la prise en compte des réversions permet de réduire cet écart de moitié, preuve de la pertinence du dispositif tant que les écarts de rémunération entre les hommes et les femmes demeurent.

La réglementation AGIRC et ARRCO sur les pensions de réversion devra, sans nul doute, continuer à s'adapter aux évolutions du contexte sociodémographique, comme elle a déjà su le faire avec, en dernier lieu, la prise en compte de la loi du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe.

La question des réversions fait partie des sujets à l'ordre du jour des négociations paritaires actuellement en cours, s'agissant notamment de l'introduction d'une condition de proratisation en fonction des durées de mariage et de l'harmonisation des âges d'ouverture des droits entre les régimes AGIRC et ARRCO.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS**

Dans le cadre de la préparation du rapport de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, vous m'avez transmis pour avis des extraits du projet de rapport portant sur les pensions de réversion.

Ce rapport dresse un panorama précis des règles hétérogènes applicables dans les différents régimes de retraite et des disparités de traitement qui en résultent. Les pistes dégagées en vue d'une harmonisation progressive des dispositifs de réversion devraient nourrir utilement la réflexion des pouvoirs publics.

Je vous informe que ces extraits n'appellent pas d'observations de la part de la CNAVTS, et qu'il n'y a donc pas lieu de faire figurer une réponse de la CNAVTS dans le rapport.

Je vous indique néanmoins à toutes fins utiles que nous disposons de données statistiques sur la durée de service des pensions de réversion à la CNAVTS, très proches de celles de l'ARRCO citées dans le rapport : les titulaires d'une pension de réversion du régime général décédés en 2012 avaient perçu cette pension pendant 15,9 ans en moyenne.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE
DU RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS**

L'extrait de rapport communiqué à la Caisse nationale du régime social des indépendants n'appelle pas d'observations de sa part.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE VIEILLESSE DES PROFESSIONS LIBÉRALES**

Dans le cadre de la réflexion à mener sur la réversion, la CNAVPL serait plutôt favorable à une harmonisation des règles au niveau des régimes de base, celle-ci étant devenue, dans la majorité de ces régimes, un mécanisme de protection contre la pauvreté.

Elle est en revanche très attachée à l'autonomie des régimes complémentaires dans ce domaine et n'est pas favorable à leur étendre la logique des régimes de base, en limitant leur accès par des conditions de ressources.

Je vous rappelle que depuis le 1^{er} juillet 2004, les pensions de réversion du régime de base des professionnels libéraux sont calculées et servies dans les mêmes conditions que celles du régime général, à l'exception toutefois de la majoration de 10 % pour au moins trois enfants.

Ainsi, s'il n'est plus tenu compte de la situation maritale de l'ayant-droit pour déterminer s'il peut bénéficier ou non de la retraite de réversion au régime de base de la CNAVPL, une condition d'absence de remariage existe dans les différents régimes complémentaires des professions libérales, à l'exception des régimes complémentaires de la CAVP (pharmaciens) et de la CAVAMAC (agents généraux d'assurance). De même une condition de durée de deux années de mariage est appliquée dans la plupart des régimes complémentaires, sauf si un enfant est issu du mariage.

Aucun des régimes complémentaires des professionnels libéraux n'a fait le choix d'assortir le service des pensions de réversion de conditions de ressources. Selon les caisses, l'âge d'ouverture des droits à réversion est fixé à 60 ou 65 ans. En cas de veuvage avant l'âge de liquidation de ces droits, une rente temporaire de survie est servie par les régimes d'invalidité-décès des caisses professionnelles. Seule caisse de l'Organisation à ne pas gérer de régime d'invalidité-décès, la CRN (notaires) permet l'ouverture des droits à réversion à partir de l'âge de 52 ans.

Parmi les évolutions envisagées par la Cour, la prise en compte des pensions de réversion versées par les régimes complémentaires dans le champ des revenus pris en considération pour déterminer le niveau de ressources conditionnant la pension de réversion du régime de base n'est pas une évolution souhaitée par les administrateurs des caisses professionnelles, notamment du fait de l'existence des possibilités ouvertes aux actifs de cotiser plus pour permettre à leur conjoint de bénéficier d'une pension de réversion à 100 % (sur les droits accumulés l'année considérée).

Quatre sections professionnelles ont mis en place ce dispositif. Si les actifs utilisant cette option sont minoritaires (les surcoûts associés sont significatifs), il n'en demeure pas moins que cette option rencontre une véritable demande des actifs au-delà de 50-55 ans. Ainsi, un socle minimal, accompagné d'une option assurant une couverture plus complète pour les actifs qui le souhaitent (et qui en supportent le surcoût), correspond bien à la démarche et aux souhaits des professions libérales de laisser une liberté d'action aux affiliés.

La CNAVPL n'est pas opposée à une ouverture de la réflexion sur les effets redistributifs des réversions. La CNAVPL est favorable à une distinction nette entre les droits contributifs et les avantages redistributifs. Cette distinction au niveau des droits devrait s'accompagner d'une réflexion sur les modalités de leur financement.

La CNAVPL considère que la réversion occupe (et occupera encore demain même si les conditions de vie se modifient rapidement) une place de choix dans les mécanismes de solidarité au sein des couples (sans ouvrir le débat sur les statuts à prendre en compte). Il lui importe que ces avantages se maintiennent au sein des régimes de retraite et ne soient pas remis en question pour des questions d'équilibre financier de long terme.

Une réflexion pour adapter les règles qui s'imposent aujourd'hui dans le calcul des réversions lors des changements dans la vie familiale (divorces, remariages...) permettrait certainement de clarifier les mécanismes de réversion pour les "usagers". Une unification des règles en la matière est certainement souhaitable (règles relatives aux conditions de remariage/vie en couple).

Une augmentation de l'âge d'ouverture des droits de réversion à 57 ans en cohérence avec le relèvement de l'âge de départ en retraite et une évolution parallèle des deux âges font partie des sujets de réflexion à mener.

Parmi les pistes d'évolution évoquées par la Cour, la proratisation des pensions de réversion en fonction de la durée de mariage rapportée à la durée d'assurance de l'ouvrant-droit est un sujet complexe qui peut modifier de façon très substantielle les droits à l'avenir. Cette piste d'évolution, si elle devait avoir des suites, devrait être assortie de travaux importants pour en mesurer les effets avant toutes décisions.

Chapitre XII

L'accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné avec toute l'attention requise l'extrait du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015 qui lui a été communiqué.

Comme nous avons déjà eu l'occasion de le faire dans notre courrier du 16 avril 2015, on doit déplorer qu'un amalgame soit fait entre les médecins et les chirurgiens-dentistes en ce qui concerne la fréquence des refus de soins aux bénéficiaires de la CMU-C.

Par ailleurs nous ne pouvons que confirmer le très faible nombre de plaintes déposées devant les Conseils départementaux tant par les bénéficiaires de la CMU-C que par les associations de défense des droits des patients.

Lorsque les juridictions sont saisies, les sanctions peuvent être très sévères comme le démontre la décision de la Chambre disciplinaire du Conseil national qui vous a déjà été transmise le 16 avril 2015.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE
DES CHIRURGIENS-DENTISTES**

Par courrier électronique du 5 août dernier, vous nous avez transmis un extrait du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015, établi en application de l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, extrait concernant la question de la persistance de refus de soins opposés par certains professionnels de santé aux personnes bénéficiaires de la CMU-C.

En premier lieu, le Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes rappelle qu'il est très attaché à l'accès aux soins pour tous, quels que soient son origine, ses mœurs, sa situation de famille, son appartenance ou sa non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminées, son handicap ou son état de santé, sa réputation, et confirme sa capacité à sanctionner tout praticien qui aurait un comportement discriminant vis-à-vis des patients.

Il l'a d'ailleurs réaffirmé récemment, avec la plus grande fermeté, en précisant que personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, les chirurgiens-dentistes qui ne respectent pas ce principe fondamental, légal et déontologique, s'exposant à des poursuites tant devant les juridictions disciplinaires que pénales.

Les développements que vous avez bien voulu soumettre à notre avis apportent les observations suivantes de notre part.

Le Conseil National de l'Ordre constate comme vous que les décrets d'application des dispositions introduites au code de la santé publique par la loi HPST ne sont toujours pas parus, plus de six ans après la promulgation de ce texte.

En effet, outre les décrets d'application des dispositions de l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, concernant les pénalités financières pouvant être prononcées par le directeur général de l'organisme local d'assurance maladie, manquent à l'appel les décrets d'application de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique, créant une procédure spécifique en matière de refus de soins, et instituant une commission mixte paritaire de conciliation composée de représentants ordinaires d'une part et de l'assurance maladie d'autre part.

Dans le contexte évoqué, il nous paraît nécessaire de rappeler à tous les droits et obligations de chacun, patients et praticiens, afin de rétablir un climat de confiance indispensable à la bonne dispensation des soins.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES

La lecture des extraits du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015 que vous m'avez adressé le 29 juillet 2015 conduit la Caisse nationale des Allocations familiales (CNAF) à formuler des observations sur les points détaillés ci-après.

1.1 La promotion de l'utilisation de l'outil @Rsa a été reprogrammée

Des travaux sont en cours avec la CNAMTS afin d'améliorer le taux d'utilisation de l'outil par les instructeurs mais doit faire l'objet d'une nouvelle planification compatible avec les impacts des changements réglementaires ou législatifs annoncés sur l'implantation dans le système d'information.

Son utilisation fera l'objet d'une communication conjointe en direction de nos réseaux respectifs. Les modalités définies donneront lieu à une instruction commune CNAF/CNAMTS (rappel des procédures en vigueur, pratiques métiers). En outre, l'évolution en 2016 de la cinématique des écrans vise à mieux répondre aux besoins des CAF et de leurs partenaires et devrait contribuer à pouvoir proposer la CMU-C de manière plus systématique. Enfin, l'instruction de la demande de CMU-C avant la clôture de la demande de RSA a été déprogrammée pour intégrer les charges induites par d'autres réformes (modulation des AF et prime d'activité...).

S'agissant de l'ACS, depuis novembre 2010, un signalement mensuel des foyers potentiellement éligibles est effectué par la branche Maladie (CNAMTS) qui l'exploite et adresse des demandes d'aide à la complémentaire aux familles signalées.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la prime d'activité au 1er janvier 2016, ce fichier sera enrichi des bénéficiaires de la prime d'activité : sous réserve d'un niveau de ressources compatible avec le plafond ACS, les bénéficiaires de la prime seront intégrés aux flux adressés mensuellement à la CNAMTS.

1.2 La mise en place des rendez-vous des droits

S'agissant de la recherche de bénéficiaires potentiels, la mise en place des rendez-vous des droits doit parallèlement contribuer à la promotion des dispositifs de couverture santé : l'accès à la couverture santé étant systématiquement abordé lors de ces entretiens.

En 2014, 168 186 rendez-vous des droits ont été réalisés par les agents des CAF. La répartition s'est réalisée comme tel :

<i>Rendez-vous des droits - Parcours spécifiques</i>	<i>60 744</i>
<i>Rendez-vous des droits - Instruction RSA</i>	<i>64 390</i>
<i>Rendez-vous des droits – Autres (dont réorientations vers partenaires)</i>	<i>43 052</i>

En complément, avec le site caf.fr, les internautes peuvent connaître leurs droits en fonction de leur situation. Un premier niveau d'information leur est communiqué sur la CMU-C et l'ACS et un lien vers le site de l'assurance maladie leur est proposé.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS

La Cour dresse un bilan des obstacles financiers auxquels les ménages défavorisés sont confrontés pour accéder aux soins, et constate que la mise en place de la CMU-C et de l'ACS n'a eu que des effets partiels pour favoriser cet accès aux soins.

Je partage votre diagnostic sur la nécessité d'intensifier les efforts pour permettre l'accès aux droits des bénéficiaires de l'ACS, d'autant que l'amélioration de l'accès aux soins et de l'accès aux droits constitue une très forte priorité pour la CNAMTS, comme cela est rappelé dans sa dernière convention d'objectifs et de gestion.

Il me paraît toutefois inexact d'ignorer les actions déjà mises en œuvre en indiquant que la CNAMTS n'a pas jusqu'à présent de « stratégie nationale ». L'assurance maladie a établi une politique nationale visant à assurer une diffusion plus large de la CMU-C et de l'ACS : elle à plusieurs reprises donné des instructions à son réseau en la matière, et cette politique fait partie des objectifs prioritaires dans les contrats pluriannuels de gestion des CPAM. La CNAMTS a ainsi défini et déployé des parcours attentionnés en direction des publics éligibles à la CMU-C et de ceux éligibles à l'ACS. Ces offres ont été conçues pour permettre la promotion et faciliter l'accès à ces dispositifs.

Je tiens de plus à rappeler qu'afin de favoriser l'accès aux soins des ménages défavorisés, chaque année, les assistants du service social de l'assurance maladie assurent plus d'un million d'entretiens au bénéfice d'assurés en situation de fragilité pour des questions liées à leur santé, avec une forte orientation sur l'accès aux soins (550 000 assurés bénéficiaires d'un accompagnement en 2014). Cet accompagnement prend la forme d'offres de service proactives au moyen de requêtes ou de signalements venant des CPAM, du Service médical ou d'autres branches (CNAVTS notamment).

C'est en analysant les résultats de ces programmes, leurs succès et leurs limites, que la caisse nationale a considéré la nécessité de compléter cette offre de service nationale par des actions, directement conçue et déterminée au niveau local à partir d'une analyse des ruptures de droits et des non recours. Le choix réalisé alors de donner une marge d'initiative supplémentaire aux organismes locaux, dans le cadre du programme PLANIR, correspond à une stratégie, née du constat qu'une part importante

des éléments de diagnostic permettant d'expliquer le non recours se situe au niveau local et qu'une part significative des solutions repose sur une mobilisation que seul un travail partenarial, assis sur un diagnostic partagé et collaboratif, permet d'asseoir. Le programme PLANIR constitue ainsi une innovation importante des modes d'intervention des organismes locaux, leur laissant davantage de marges d'autonomie, dans un cadre national conçu pour permettre le partage d'expérience et la généralisation des bonnes pratiques. Il est donc très réducteur de considérer que ce n'est que « très récemment » que la CNAMTS a prescrit aux organismes de mettre en œuvre des actions de promotion.

La mise en cause par la Cour du refus de la CNAMTS d'élaborer une politique de prévention et de détention des comportements spécifiques aux publics les plus précaires mérite d'être nuancée : la CNAMTS ne reste pas inactive vis-à-vis des plus fragiles (par exemple sur le volet prévention nos centres d'examen de santé réalisent chaque année plus de 500 000 examens périodiques de santé), et le rapport charges et produits pour 2016 consacre un chapitre à l'accès aux soins des populations vulnérables, en rappelant justement que les populations bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS sont plus fréquemment impactées par les maladies chroniques que la population générale, ce qui détermine un recours aux soins spécifique.

S'agissant de la politique de contrôle menée par la CNAMTS, je note que la Cour prend bien acte du déploiement du plan de sécurisation nationale présenté au réseau en janvier 2015. Ainsi que la Cour le note, le développement de ce plan se poursuit avec une montée en charge qui sera achevée à la fin de cette année. Ce plan doit permettre le déploiement progressif des nouveaux outils de contrôle et un recours plus régulier au droit de communication bancaire.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DU FONDS CMU-C

En ce qui concerne la réforme du dispositif de l'ACS mise en œuvre depuis le 1^{er} juillet 2015, pour permettre aux bénéficiaires d'une attestation de droits « d'exercer la faculté de choix qui leur est reconnue au mieux de leurs attentes », la Cour recommande « que les caisses d'assurance maladie et les sites internet des régimes obligatoires de base d'assurance maladie mettent à leur disposition un calculateur de prix des garanties en fonction de l'âge, après déduction de l'ACS, ainsi que des éléments d'information qualitatifs sur les contrats sélectionnés ».

Afin de promouvoir la réforme de l'ACS et accroître la connaissance de ce dispositif, une vaste campagne de communication a été lancée le 29 juin dernier par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, lors d'une visite à la caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne, à Créteil.

Cette campagne, coordonnée par la direction de la sécurité sociale avec le soutien du Fonds CMU, a mobilisé tous les acteurs susceptibles d'informer les bénéficiaires potentiels et d'accompagner les bénéficiaires actuels de l'ACS vers le nouveau dispositif : les caisses nationales de sécurité sociale (caisses d'assurance maladie, caisses d'allocations familiales, caisses de retraite), Pôle Emploi, les associations, les professionnels et établissements de santé, les centres communaux d'action sociale et les organismes complémentaires.

Plusieurs outils de communication ont été réalisés : affiche, dépliant, vidéo, fiche explicative. Ces documents ont pour but d'apporter un message clair aux bénéficiaires actuels et potentiels, ainsi qu'à tous les professionnels susceptibles de les renseigner.

Un site internet dédié à l'ACS a été créé (<http://www.info-acs.fr/>). Il fournit des informations relatives à l'ACS, donne accès aux simulateurs de droits développés par les caisses d'assurance maladie et au détail des offres de complémentaire santé éligibles à l'ACS. Ainsi, via un comparateur des offres, le visiteur accède au détail des prestations prises en charge, aux services proposés et au prix du contrat avant et après déduction de l'ACS.

En ce qui concerne les prévisions pluriannuelles sur les comptes du Fonds CMU, la Cour indique que la gestion de la CMU-C dégagerait à compter de 2016 « un déficit croissant, à hauteur de plusieurs dizaines de millions d'euros ».

Le tableau illustrant ce constat, qui reprend bien les hypothèses budgétaires inscrites dans la note transmise par le Fonds CMU au directeur de la sécurité sociale en date du 5 juin 2015, n'intègre pas le résultat cumulé constitué par l'établissement et qui s'élève à 229 M€ au 31 décembre 2014.

À législation constante, le besoin de financement pour le Fonds CMU apparaîtrait à partir de 2019. Aussi, si et seulement si la conjoncture économique ne vient pas s'améliorer, de nouvelles recettes devraient être affectées au fonds par les lois financières pour 2019, sur la base de projections actualisées, notamment sur l'évolution du non recours aux dispositifs et à l'aune de la montée en charge des différentes mesures (sélection des contrats ACS, tiers payant intégral) et des effets de la généralisation de la protection complémentaire santé d'entreprise à l'ensemble des salariés au 1^{er} janvier 2016.

Enfin, s'agissant de la maîtrise des risques comptables et financiers, je regrette que les éléments positifs qui figuraient dans le rapport remis à la Commission des finances du Sénat sur la gestion des dispositifs par le Fonds CMU, notamment en ce qui concerne l'identification des redevables, ainsi que le contrôle des effectifs et de la taxe de solidarité additionnelle n'aient pas pu être repris dans l'extrait proposé.

QUATRIÈME PARTIE – GÉRER DE MANIÈRE PLUS EFFICIENTE

Chapitre XIII

La réorganisation des réseaux de caisses du régime général : un mouvement significatif, un impossible statu quo

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Dans III-A-2, il est noté : « S'agissant de l'activité de recouvrement... une tendance se dégage à une meilleure productivité ». Il serait bon de mentionner à la suite que la branche recouvrement a pris l'initiative de centraliser des activités nouvelles dans des URSSAF les moins productives pour accélérer le processus de réduction des écarts. Je vous propose ainsi d'ajouter à ce paragraphe : « Il faut toutefois noter que, consciente des écarts de productivité au sein de son réseau, l'ACOSS a confié à deux des trois URSSAF ayant les plus faibles productivités la gestion d'activités nationales afin d'augmenter la productivité de chacune d'entre elles (gestion du recouvrement forcé des cotisations des artistes – auteurs pour le compte des AGESSA/MDA pour le Limousin et travailleurs frontaliers exerçant leur activité en Suisse pour la Franche Comté) ».

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'UNION DES CAISSES NATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Sur le chapitre XIII-I-B

La Cour souligne que les trois protocoles conclus entre l'UCANSS et les organisations syndicales représentatives pour accompagner les évolutions des réseaux « ont introduit des restrictions croissantes à la mobilité, non seulement géographique mais aussi fonctionnelle » des agents.

Cette appréciation n'est pas partagée par l'UCANSS. Ces accords ont été conclus par l'UCANSS dans le cadre de mandats approuvés par le Comité exécutif des Directeurs et ont été régulièrement agréés par les services de l'État. Plutôt que d'apporter des restrictions aux évolutions de réseaux, ces accords ont au contraire permis de les accompagner et de garantir un climat social apaisé, alors même que les organismes se trouvaient, toutes branches de législation confondues, dans une situation déjà complexe, marquée par la forte maîtrise des effectifs et l'accroissement des attentes sociales à leur égard. Il est à cet égard remarquable que ces évolutions significatives (départementalisation du réseau des CPAM et des CAF, régionalisation des

URSSAF, développement de mutualisations inter-organismes dans tous les réseaux) se sont déroulées et se poursuivent sans altération du service public et sans arrêts de travail notables.

Les dispositifs de compensation mis en œuvre pour les salariés procédant à une mobilité géographique (accords de 2006, 2010 et 2013) ou fonctionnelle (accord de 2013) ont spécifiquement visé :

- *à rendre attractives ces mobilités et à en faciliter la réalisation ;*
- *à établir un barème national unique de compensations des mobilités, fondé sur des montants raisonnables voire inférieurs aux niveaux habituels en ces domaines, ainsi qu'il avait été démontré dans la réponse apportée sur le projet de rapport (réponse UCANSS à la question n° 35-2). Cette unification a permis d'éviter la création de dispositions propres à chaque organisme dont les niveaux auraient été plus difficilement maîtrisables compte-tenu des dynamiques spécifiques de la négociation sociale locale.*

L'UCANSS rappelle par ailleurs que la prise en compte, dans l'accord de 2013, du sujet des mobilités fonctionnelles faisait suite à une remarque formulée par la Cour elle-même dans son rapport sur la loi de financement pour 2011.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES

L'avancée significative des mutualisations dans la branche Famille est la conséquence d'une démarche pilotée et structurée.

Comme le souligne la Cour, la branche Famille poursuit une logique de mutualisation, initiée de longue date à travers les centres régionaux de traitements informatiques⁸³⁷ et les pôles régionaux mutualisés d'expertises.

Au-delà des mutualisations nationales désormais bien intégrées et produisant les effets positifs rappelés par la Cour, la Branche a développé une stratégie de mutualisation régionale depuis fin 2013. Celle-ci étend la logique de regroupement d'activités en impactant de façon conséquente les effectifs de la Branche (près de 10 %, comme le souligne le rapport) et génère une transformation significative du réseau.

Le nombre de CAF pivots ne doit pas occulter le fait que, sur chaque domaine mutualisé, le nombre de points de traitement est passé de plus d'une centaine à une dizaine ou une vingtaine de CAF pivots selon les

837. Il s'agit bien de la branche Famille et non de la branche Vieillesse dont le réseau n'est pas étudié dans le chapitre.

domaines. La rationalisation de l'organisation est donc bien réelle et repose sur une homogénéisation des schéma régionaux de mutualisation (SRM) en concentrant la gestion d'une activité sur une CAF pivot couvrant environ 500 000 allocataires pour chaque domaine concerné.

Les mutualisations nationales et régionales dites « socles » impliquent le rattachement de l'ensemble des CAF à une CAF pivot (y compris dans le cas d'une externalisation qui doit faire l'objet d'un marché national ou régional), et ce au plus tard, à la fin de la COG en cours.

Ce cadre homogène a permis une avancée certaine du déploiement des mutualisations qui se constatent dans les différents domaines⁸³⁸. À titre d'exemple, les transferts de l'AVPF et de l'ASF aux seules CAF pivots, engagés en 2014 atteignent d'ores et déjà 60 % et 70 % de l'activité des CAF métropolitaines. Cette montée en charge rapide a été rendue possible par la mise en place des comités directeurs des SRM qui ont permis d'organiser une gestion régionale collégiale des mutualisations.

Le périmètre socle de chacun des domaines de mutualisation est stabilisé et s'applique de façon homogène sur le territoire, en conformité aux référentiels de processus afférents⁸³⁹. Le choix fait d'un pilotage des domaines par processus est structurant et garantit l'homogénéité du service rendu. Il implique une animation renforcée dans le cadre des instances nationales d'appui (une pour chaque domaine obligatoire régional et national) qui répondent à un besoin d'accompagnement technique et sont chargées de l'amélioration continue. Ces instances opérationnelles articulent leurs travaux avec le niveau de pilotage stratégique incarné par le comité de coordination des SRM intégré dans le règlement d'organisation de la CNAF. Celui-ci a un rôle décisionnel et réunit l'ensemble des directeurs coordonnateurs.

838. Concernant le SNGP : 37 CAF deviendront bien adhérentes du service au plus tard le 31 décembre 2016, conformément à l'objectif COG. Pour la numérisation, l'ensemble des CAF sera rattaché à une CAF pivot, y compris dans le cadre d'externalisations avant la fin de la COG. Quant au cas particulier d'Île de France, l'organisation de la téléphonie s'appuie sur 2 plateformes de services regroupant respectivement 4 CAF: la gestion des appels téléphoniques se fait en lien avec des Caf de province et la plateforme externalisée vers Satel.

839. Les dérogations à ce cadre homogène poursuivent, selon les cas, une logique d'offres de services complémentaires ou d'élargissement géographique, au regard des futures régions administratives (ainsi le rapprochement prévu entre les CAF pivots de Saône et Loire et du Doubs concerne non pas la numérisation mais la gestion des appels téléphoniques. De même, le périmètre de mutualisation de l'AVPF (et non de l'ASF) s'inscrit dans le cadre du découpage des régions CARSAT, d'où la gestion confiée de l'activité à la Caf du Jura pour le compte des Caf de Bourgogne et de Franche-Comté).

Un dispositif d'évaluation des gains se déploie de façon progressive, parallèlement à la montée en charge des mutualisations.

La formalisation des contrats de service pour les domaines régionaux obligatoires est désormais aboutie et définit les modalités d'exécution et les indicateurs stratégiques pour chaque domaine, en formalisant les engagements des CAF.

Des outils de pilotage et de gestion des effectifs mutualisés régionalement ont été mis à disposition des comités directeurs des SRM afin de réaliser un suivi régulier au travers de tableaux de bord, centralisés nationalement et permettant l'évaluation des gains réels⁸⁴⁰.

Les effectifs de référence sont établis sur la base de calcul d'unités d'œuvre stabilisées. Une nouvelle estimation en 2016 conduira à des réévaluations à la marge, sans impacts sur les équilibres de gestion déjà acquis.

La mise en œuvre et l'intensification des mutualisations participent de la recherche de réduction des écarts de performance et sont une première étape dans l'évolution de l'organisation du réseau de la branche Famille.

La mise en place progressive des dispositifs nationaux d'entraide structurels et conjoncturels a déjà produit des effets tangibles dans la réduction des écarts de résultat constatés entre les CAF. Comme l'a souligné la mission IGAS-IGF⁸⁴¹, les écarts de performance se réduisent significativement au cours de la période, soutenus par le dispositif d'accompagnement des Caf à forts enjeux. Ceci résulte d'un pilotage affirmé par la CNAF, qui se traduit par le renforcement des modalités de gestion de ces mutualisations.

Les modifications structurelles liées au déploiement des mutualisations nécessitent, pour produire tous leurs effets, des évolutions de certains aspects réglementaires.

Comme il est relevé par la Cour, les décrets actuels régissant la responsabilité de l'agent comptable comportent des risques dans la gestion des mutualisations. De ce fait, j'ai saisi la direction de la sécurité sociale

840. Lettre réseau 2015-115 du 8 juillet « présentation des outils de pilotage et de gestion des SRM ». Concernant les gains potentiels des mutualisations estimés à 367 ETP, les 80 ETP liés au SNGP sont acquis a priori, par une redistribution effective des effectifs aux CAF pivots. L'hypothèse de traitement de 300 bulletins de salaire par agent ayant permis ce décompte se vérifie progressivement puisque les CAF pivots les plus performantes traitent 220 à 250 bulletins à cette date

841. Projet de rapport sur l'évolution de la charge de travail et des moyens humains dans la branche Famille, juillet 2015.

afin de faire évoluer les dispositions législatives dans le cadre du PLFSS 2016, en coordination avec les autres Branches.

Dans le même ordre d'idée, il conviendra de préciser, dans le cadre de la gouvernance actuelle les leviers dont dispose le directeur de la Caisse nationale dans le pilotage du réseau et la gestion des dirigeants des organismes.

Je partage par ailleurs l'analyse de la Cour des comptes quant à la nécessité d'aller plus loin dans l'organisation du réseau de la branche Famille. À ce titre, j'ai intégré la question de la territorialisation de l'action des CAF dans la démarche prospective mise en place par la Branche en préparation de la prochaine COG.

Conformément à la recommandation de la Cour, la CNAF participe très activement à la démarche de mutualisations interbranches et je souhaite qu'elles se développent plus significativement. À titre d'exemple, la CNAF a proposé que le processus mutualisé de gestion de la paie conduit au sein de la Branche, serve de base à une coopération entre Branches⁸⁴², voire inter-régimes.

Les chantiers de mutualisation sont aujourd'hui dans une phase de mise en œuvre et produisent leurs premiers effets. La productivité des organismes croît de façon régulière depuis le début de la COG (+ 6,25 % entre 2012 et 2014), dans un contexte d'augmentation tendancielle forte de la charge de travail. La réduction des écarts de productivité au regard du rapport entre le portefeuille d'allocataires de la CAF et le nombre d'ETPMA affectés, se poursuit (écart de 1,30 prévu entre le premier décile et le dernier décile en 2017 contre 1,37 en 2012).

Cette trajectoire facilite la prise en charge des évolutions réglementaires non prévues dans le cadre de la COG (Prepare, loi Alur, modulation des allocations familiales, prime d'activité).

En revanche, l'ensemble des projets d'optimisation du réseau ne pourront être mis en œuvre que si les leviers de modernisation et d'efficacité que sont la dématérialisation et les simplifications réglementaires sont mis en œuvre en parallèle.

Sous cette réserve, les gains d'efficacité pourraient être plus importants d'ici la fin de la COG que ceux qui étaient initialement prévus et préparer les travaux d'élaboration de la future COG.

842. L'outil GRH ne constitue pas un obstacle à la mutualisation interbranche. D'ailleurs, une coopération est engagée à ce titre avec l'Institut National de Formation {rattaché à l'UCANSS}.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS**

La Cour analyse les modalités de réorganisation du réseau de sécurité sociale et notamment de la CNAMTS. Vous soulignez dans votre bilan que les mouvements de réorganisation géographique et fonctionnelle n'ont pas encore dégagé les gains de productivité à la mesure de leur ampleur, et apparaissent encore inaboutis.

Le bilan de la Cour relatif aux deux principaux chantiers (fusions et mutualisations) conduits dans la période récente sur l'organisation et le fonctionnement du réseau ne me semble pas suffisamment prendre en considération les efforts déjà accomplis pour réorganiser le réseau de l'Assurance maladie. En outre, si la situation des caisses issues de fusion est aujourd'hui contrastée et pour certaines encore inaboutie, et elle ne doit pas être considérée comme figée. La caisse nationale et les directeurs concernés restent mobilisés sur la poursuite des efforts qui doivent conduire vers une cible organisationnelle plus performante correspondant pleinement à l'affirmation de la nouvelle entité.

Le fait que des écarts significatifs persistent au sein du réseau des caisses primaires - tant en termes de taille d'organismes que de productivité - est indéniable. L'exigence attachée à l'analyse et la réduction des écarts de productivité est une priorité majeure partagée par la CNAMTS et la Direction de la Sécurité sociale.

En revanche, l'idée que la définition d'une taille « utile » d'organisme pourrait être le levier prioritaire à actionner dans la recherche des gains de productivité, ainsi que la Cour le recommande, mérite du point de vue de la CNAMTS d'être fortement relativisée, faute de s'appuyer sur des éléments objectifs qui permettent de confirmer cette intuition.

La recommandation de la Cour visant à définir dans la prochaine COG « un schéma cible d'organisation géographique et fonctionnelle » ne paraît pas complètement justifiée.

L'implantation d'une caisse primaire dans chaque département nous semble répondre à une nécessité, compte tenu de ce que sont leurs missions, appelées à se développer encore dans les années à venir, en matière d'accompagnement des assurés et des professionnels de santé. Pour la CNAMTS, les inconvénients, coûts et risques associés à l'abandon partiel du ressort départemental, la complexité induite en termes de pilotage du réseau et d'animation des partenariats excèdent aujourd'hui la valeur ajoutée que l'on pourrait attendre d'une telle opération de restructuration du réseau.

En revanche, comme l'indique la Cour, il est aujourd'hui souhaitable, en tirant partie des opportunités offertes par la dématérialisation et par l'ensemble des leviers de modernisation abordés dans le rapport, de

poursuivre l'optimisation des activités en s'appuyant sur des critères de taille utile par processus.

À cet égard, la recommandation de la Cour visant à fixer des objectifs contraignants à la CNAMTS pour réduire les écarts de taille et de coût entre organismes ne correspond pas à la logique retenue par la CNAMTS qui consiste à se focaliser sur une taille critique des processus et non des organismes. Cette démarche mérite toutefois, afin d'en garantir la lisibilité et le pilotage d'ensemble, d'être inscrite dans un schéma cible d'organisation fonctionnelle. Des propositions en ce sens sont en cours d'élaboration par la CNAMTS en collaboration avec les directeurs du réseau. Ainsi, la Mission Déléguée 17 associant CNAMTS et réseau travaille actuellement à définir, sur les processus identifiés comme prioritaires, la cartographie cible d'une organisation fonctionnelle.

Chapitre XIV

La qualité des comptes des établissements publics de santé : une exigence à confirmer pleinement

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA COMPAGNIE NATIONALE DES COMMISSAIRES AUX COMPTES

Je réponds à votre courrier par lequel vous nous communiquez pour observation les extraits concernant le commissariat aux comptes du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015 (RALFSS), établi en application des dispositions de l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières, que la Cour se propose de publier prochainement.

Je relève avec satisfaction que la Cour souligne le rôle incontestable et déterminant de la profession de commissaire aux comptes dans la dynamique d'amélioration de la qualité des comptes, en raison de son indépendance et de sa forte expertise.

Le rôle assuré par la Compagnie nationale des commissaires aux comptes, auprès des professionnels mais également des ministères concernés, dans la préparation de la certification des comptes des établissements publics de santé avait également été souligné lors des travaux préparatoires à ce rapport, menés au travers d'une enquête sur la fiabilisation des comptes des établissements publics. La participation de notre institution aux différentes étapes de ce projet a en effet permis aux acteurs de disposer d'une anticipation des difficultés et d'une meilleure compréhension de la mission du commissaire aux comptes.

En ce qui concerne les remarques faites par la Cour concernant des dossiers spécifiquement évoqués, je ne suis pas en mesure d'y apporter des

observations. En effet, notre institution n'a pas vocation à avoir connaissance des travaux réalisés par un commissaire aux comptes dans l'exercice de sa mission pour un dossier donné, ni des rapports qu'il a émis à l'issue de ses travaux.

Toutefois, je souhaite attirer votre attention sur plusieurs points qui me semblent essentiels et qui se rapportent aux extraits que la Cour nous a communiqués

1. Prise de connaissance par les juridictions financières de la teneur et des résultats des diligences effectuées par les commissaires aux comptes dans le cadre de leur mandat légal (chapitre XIV-II-B-2)

La Cour indique dans le rapport que cette prise de connaissance « concourrait utilement à l'exercice des missions des juridictions financières relatives au contrôle des comptes et de la gestion des établissements et à la certification des comptes de la branche maladie du régime général de sécurité sociale, principal financeur des établissements publics de santé ».

La Compagnie nationale comprend les besoins de la Cour des comptes de recueillir certaines informations en vue d'exercer ses propres missions. La profession de commissaire aux comptes est bien évidemment tout à fait disposée à y apporter sa contribution.

Cependant, il est nécessaire de veiller à l'efficacité des mesures à mettre en place dans ce cadre. Ainsi, l'accès au dossier du commissaire aux comptes par les juridictions financières, s'il paraît au premier abord la solution la plus rapide et la plus simple pour l'obtention de certaines informations, pourrait conduire à une déperdition de temps et un risque de mauvaise interprétation, aussi bien pour la Cour que pour les commissaires aux comptes. En effet, le dossier de travail d'un professionnel n'est pas conçu pour une communication efficace et aisée.

En revanche, je suis convaincu que la mise en place d'une démarche structurée d'échange d'informations entre les juridictions financières et les commissaires aux comptes permettrait de mieux répondre à l'objectif de complémentarité de leurs interventions respectives.

Ainsi, la Cour pourrait avoir accès aux informations utiles à plusieurs niveaux :

- à travers la lecture du rapport d'opinion du commissaire aux comptes ;
- en demandant à l'établissement public de santé la copie de la communication faite par le commissaire aux comptes au comité de surveillance voire à la direction de l'hôpital ;
- en échangeant directement avec le commissaire aux comptes.

Lors de l'audition de la Compagnie nationale par la Cour des comptes le 8 juin dernier, nous vous avons indiqué que la profession est tout à fait disposée à mettre en place un dispositif spécifique d'échange d'informations entre la Cour et les commissaires aux comptes. Ce dispositif existe déjà avec l'ACPR et a fait ses preuves quant à sa pertinence et à son efficacité. Un guide de ces relations pourrait ainsi être préparé afin qu'un cadre clair pour l'ensemble des parties prenantes soit établi et permette de régler en amont toutes les difficultés qui pourraient se présenter.

En tout état de cause, la Compagnie nationale souhaiterait pouvoir échanger avec la Cour des comptes concernant les décisions qui pourront être prises sur ce sujet.

2. Audit approfondi des systèmes d'information hospitaliers (chapitre XIV-I-B-2 et III-A-1-c)

La Cour rapporte dans le rapport que « la direction générale de l'offre de soins indique que la première année de certification des comptes a principalement été consacrée à l'examen du bilan d'ouverture et à l'audit du contrôle interne et que les systèmes d'information hospitaliers, dont la gouvernance et la politique de sécurité ont été examinées, ne devraient faire l'objet d'un audit approfondi qu'au cours du second exercice de certification ».

Cette affirmation de la direction générale de l'offre de soins pourrait laisser à penser que l'approche des commissaires aux comptes a été partielle la première année de certification. Or ce ne peut être le cas.

Le commissaire aux comptes est amené, au cours du premier exercice de son mandat, à rechercher et à identifier les risques d'anomalies significatives pouvant conduire à remettre en question la fiabilité des comptes. Ces risques sont également recherchés dans les systèmes d'information. Cela le conduit à procéder, dès la première année, à l'analyse de ces systèmes d'information, pour réaliser une évaluation de ces risques.

La première année, un grand nombre d'informations va être recueilli qui lui permettra d'identifier et d'évaluer le risque d'anomalies significatives dans les comptes. Cette phase constitue une part plus importante dans l'intervention du commissaire aux comptes la première année de son mandat et nécessite donc un certain investissement.

Sur la base de ces travaux, le commissaire aux comptes construit son « approche d'audit ». C'est-à-dire qu'il va déterminer les travaux à mettre en œuvre pour former et étayer son opinion sur les comptes. C'est au cours de cette phase qu'il fixera les procédures et systèmes d'information à revoir et à tester. Il exerce son jugement professionnel tout au long de ses travaux, notamment pour décider de la nature, du calendrier et de l'étendue des procédures d'audit à mettre en œuvre, et pour conclure à partir des éléments collectés. C'est ainsi qu'il pourra déterminer les travaux à mettre en œuvre la

première année. Cette approche est réévaluée au cours de chaque exercice tout au long du mandat.

Ainsi, lorsqu'il est fait mention d'un audit approfondi la seconde année, il s'agit davantage d'une formalisation approfondie que d'une analyse approfondie.

Par ailleurs, je vous confirme qu'il n'y a pas d'ambiguïté sur le fait, que pour les commissaires aux comptes, l'audit d'Hélios au niveau national n'a pas pour effet de les dispenser d'effectuer des diligences complémentaires sur les contrôles effectués par les établissements sur la bonne exécution des tâches de gestion de l'application qui relèvent de leurs attributions (chapitre XIV- III- A- 1 - c).

3. Facturation des prestations (chapitre XIV-III-A-3)

La Cour indique dans le rapport que « sans préjuger de l'approche d'audit retenue par les commissaires aux comptes pour traiter cette problématique, les informations disponibles sur les diligences menées dans les établissements de la première « vague » de certification donnent à penser que des contrôles de bout en bout de la chaîne de facturation n'ont pas nécessairement été conduits dans la totalité des établissements et que, lorsque tel est le cas, le nombre de dossiers testés est resté faible. »

La Compagnie nationale a affirmé l'importance du processus de facturation des prestations des hôpitaux et partagé avec les professionnels l'étendue des travaux nécessaires, en particulier au moyen d'une note relative à la mission du commissaire aux comptes dans les établissements publics de santé, d'une formation spécifique à ce secteur organisée pour les commissaires aux comptes, et dans le cadre des échanges au sein du groupe de travail de la Compagnie nationale.

L'approche retenue au cas présent par les commissaires aux comptes n'est pas fondée sur des contrôles de substance, mais sur l'appréciation de l'efficacité des contrôles internes de l'ensemble de la procédure de tarification, ces contrôles faisant alors l'objet de tests de procédures. Il est alors possible de réduire l'étendue des tests de substance.

4. Confirmation des soldes entre les établissements publics de santé et les caisses primaires d'assurance maladie (chapitre XIV-III-A-3).

La Cour indique dans le rapport que « par ailleurs, l'importance des relations financières entre les établissements publics de santé et l'assurance maladie (prestations MCOO précitées, dotations au titre des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation – MIGAC – et forfaits au titre de certaines activités notamment) rend nécessaire la mise en place d'accords de solde avec les caisses primaires d'assurance maladie à la clôture de l'exercice, afin de réconcilier les opérations comptabilisées de part et d'autre et, ce faisant, prévenir des distorsions quant à l'exercice de leur rattachement. Sauf exception, il n'a cependant pas été mis en œuvre de

procédure de cette nature pour la clôture des comptes des établissements publics de santé de la première « vague » de certification et des caisses d'assurance maladie pour l'exercice 2014 ».

Ce développement propose la mise en place d'une procédure de confirmation des soldes comptables entre les établissements publics de santé et les caisses primaires d'assurance maladie.

Au cas présent, la mise en place de cette procédure n'est pas pertinente, car il n'est pas possible de rapprocher les soldes des établissements publics de santé avec ceux des caisses primaires d'assurance maladie. En effet, les écritures de régularisation de fin d'année ne résultent pas des mêmes modes de calcul selon que l'on se situe dans un établissement public de santé ou une caisse primaire d'assurance maladie. Dans les hôpitaux, cette régularisation consiste à prendre en compte les factures relatives aux prestations de l'exercice émises même tardivement dans la période postérieure à la clôture des comptes, tandis que la CNAMTS procède à un calcul statistique pour arrêter ses comptes.

En revanche, des travaux compensatoires sont mis en œuvre. Les travaux compensatoires envisageables sont les suivants :

- en premier lieu des tests sur le contrôle interne peuvent être réalisés pour vérifier les contrôles faits avant l'émission des titres de recettes; puis un suivi des encaissements et des rejets de titres tant chez l'ordonnateur que chez le comptable sera effectué,

- en second lieu l'apurement des créances peut être vérifié par une revue des encaissements post-clôture,

- enfin une revue des annulations/rémissions de titres post-clôture peut être faite.

Des travaux ont été engagés entre la Direction générale de l'offre de soins et la Direction de la sécurité sociale pour rapprocher les dispositifs en place de part et d'autre.

5. Refacturations de charges du budget principal aux budgets annexes (chapitre XIV-III-B-I).

La Cour indique dans le projet de rapport que « les refacturations de charges du budget principal aux budgets annexes servent parfois de variables d'ajustement, modifiant la réalité des charges de chacune des activités et donc de leurs résultats. Les écritures comptables de refacturation interne entre les comptes de résultat principal et annexes, sont parfois empreintes de considérations étrangères à la sincérité des comptes, tenant par exemple à l'évolution du tarif hébergement dans une unité de soins de longue durée fixé et en partie financé par les conseils généraux. »

Dans le cadre de sa certification, le commissaire aux comptes émet une opinion sur les comptes pris dans leur ensemble. La certification des comptes ne porte donc pas sur chacun des budgets.

6. Insuffisance de spécialistes, difficultés de recrutement (chapitre XIV-II-B-1-a)

La Cour indique dans le projet de rapport que «au dernier trimestre 2014, le groupement UniHA constatait que certaines équipes devant participer à la certification d'établissements de la deuxième « vague » semblaient encore en cours de recrutement, ce qui corrobore le risque d'un manque de profils suffisamment expérimentés dans le secteur public hospitalier pour couvrir les 95 mandats à attribuer au titre de la certification des comptes 2015. »

Lorsqu'un cabinet d'audit accepte une mission d'audit, il s'assure qu'il a les moyens de la mener.

Les recrutements visés ne concernent donc que des missions à venir ultérieurement.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'ALSACE

Le seul établissement faisant partie des 31 premiers établissements à s'être engagés dans la démarche de certification des comptes, à savoir le Centre Hospitalier de Mulhouse (GHRMSA), a vu ses comptes 2014 certifiés avec une réserve qui porte sur le rapprochement entre le patrimoine immobilier physique et l'inventaire comptable.

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg font partie de la vague 2 de certification des comptes (comptes de l'exercice 2015). Plutôt qu'une « sécurité insuffisante », la chambre régionale des comptes avait relevé pour les HUS, que « le processus de fiabilisation a mis en relief certaines contraintes structurelles de l'organisation, notamment en ce qui concerne le système d'information, le contrôle interne et le passage de la fiabilisation à la certification des comptes ». Aucune recommandation n'avait été faite.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE
DE SANTÉ DU CENTRE-VAL DE LOIRE**

Chapitre XIV-III-A-1-a : « Une auditabilité limitée »

Pour la majorité des centres hospitaliers, les actions relatives à l'auditabilité des systèmes d'information ont été initiées suite à la diffusion du guide d'auditabilité des SI élaboré par la DGOS. Celui-ci a nécessité une approbation avant mise en œuvre ou adaptation des actions préconisées.

L'ARS a alloué 77 322 € aux sept centres hospitaliers certifiables de la région pour mener des actions sur l'auditabilité des SI.

Chapitre XIV-III-A-2 : « La formalisation et la documentation des contrôles permettant d'attester la réalité et l'efficacité du contrôle interne »

Effectivement, le CHRU de Tours a recours à un prestataire externe pour mettre en place un contrôle interne. Sur les huit centres hospitaliers certifiables de la région Centre - Val de Loire, quatre ont recours à un intervenant externe.

Dans le cadre du suivi réalisé par l'ARS en juin 2015 via une enquête régionale, le CHRU de Tours déclare être en cours de déploiement du CICF, avec une fin programmée fin 2015. Les procédures sont déjà documentées. Toutefois, le CHRU de Tours a identifié un besoin de formation sur le CICF.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL PAR INTÉRIM DE L'AGENCE
RÉGIONALE DE SANTÉ DE FRANCHE-COMTÉ**

J'ai l'honneur de vous faire savoir que les extraits du chapitre XIV que vous m'avez transmis n'appellent aucun commentaire particulier de ma part.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE
DE SANTÉ DE HAUTE-NORMANDIE**

Le dispositif est en effet co-piloté par l'ARS et la DRFIP et a donné lieu à des séances de comité de pilotage avec les établissements soumis à certification.

Les principes, la méthode de fiabilisation des comptes et le dispositif d'accompagnement régional ont été présentés lors de réunions régionales d'information budgétaire et comptable réunissant ordonnateurs et comptables de l'ensemble des établissements publics de santé

L'accompagnement de la DRFIP a été effectif pour les établissements soumis à certification

Des formations se sont déroulées à destination de l'ensemble des établissements publics de santé

Si le co-pilotage a été moins dynamique que dans d'autres régions, je note que la Haute-Normandie fait partie de la moitié des régions où le co-pilotage a été effectif. Par ailleurs, à ce jour, ce moindre dynamisme n'a pas d'impact sur la qualité des résultats de la certification comme en témoigne la certification sans réserve des comptes financiers de l'exercice 2014 du Groupe Hospitalier du Havre.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE

J'ai bien reçu le document composé d'extraits du chapitre XIV du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015 (RALFSS) relatif à la qualité des comptes des établissements publics de santé que vous m'avez adressé pour avis et je vous en remercie.

Ce document a fait l'objet d'un examen minutieux par les services compétents de l'Agence. Il n'appelle en l'état aucune remarque de ma part, les analyses émises par la Cour des comptes convergeant avec celles de l'ARSIF.

RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE PAR INTÉRIM DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE LANGUEDOC-ROUSSILLON

J'ai pris connaissance de votre rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015 (RALFSS) qui, pour la partie qui m'a été communiquée, n'appelle aucune remarque particulière de la part de l'Agence régionale de santé du Languedoc Roussillon.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE LORRAINE

Je vous informe que l'Agence régionale de santé de Lorraine n'a pas d'observation particulière à formuler sur le chapitre XIV du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE MARTINIQUE

Les emprunts structurés, dont les effets de la renégociation du fait de la variation des cours de change entre l'euro et le franc suisse font l'objet de mesures nationales d'accompagnement pour certaines catégories d'établissement. Ces emprunts ont été souscrits par le CHU de Martinique (CHUM) avant le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé et de la circulaire interministérielle n° DGOS/PF1/DB/DGFIP/2012/195 du 9 mai 2012. C'est dire que l'ARS n'avait pas les moyens

d'en apprécier l'impact financier et budgétaire, bien que connaissant la situation financière dégradée de cet hôpital.

Ce n'est qu'au moment de la renégociation de la dette par le CHU de Martinique en 2013 se traduisant par la contractualisation d'un emprunt accompagné d'un remboursement anticipé du contrat « Helvetix 3 Euro » avec refinancement auprès du même prêteur qu'est la Caisse d'Epargne, que l'avis de l'ARS a été sollicité, conformément au décret et à la circulaire ci-dessus référencés. Cette demande de renégociation de la part du CHUM était à mettre en lien avec l'accord cadre du 2 décembre 2012 signé avec l'ARS pour le retour à l'équilibre de l'établissement.

Si les établissements de santé ayant dans leur portefeuille de tels emprunts doivent en effet prendre des mesures pour se désengager (l'instruction de la DGOS le rappelle), cette opération ne peut se concrétiser que si l'établissement a la capacité de faire face à l'endettement supplémentaire qui découle de leur réaménagement.

Par conséquent, autoriser le CHUM à investir au-delà des engagements de l'accord cadre, alors que les besoins d'investissements pour la sécurité des soins et la reconstruction du nouveau plateau technique sont incontournables, a dû se faire en cohérence avec la politique de redressement de cet établissement, d'autant que l'offre de réaménagement de ses emprunts structurés, comporte des éléments non dénués d'intérêt pour l'établissement (refinancement d'un emprunt complémentaire de 25 M€ pour l'investissement).

À noter que le CHUM n'est pas éligible au dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé (EPS) dans la sécurisation de leurs prêts structurés, alors qu'il serait assez logique que les risques financiers pris par les établissements de l'État tels les EPS, soient couverts ou accompagnés par l'État pour tous, sans exclusive, ni de seuil budgétaire, ni de statut, et cela d'autant plus pour les établissements en situation financière particulièrement dégradée.

En effet, ne sont éligibles que les EPS dont le budget global est inférieur à 100 M€ et qui ont dans leurs encours de dettes des prêts structurés classés « hors charte » selon la matrice des risque de Gissler (ou côtés 6F).

L'article 17 de la loi HPST a inscrit dans le code de la santé publique (article L. 6145-16) le principe de la certification des comptes de certains établissements publics de santé. Ainsi, les établissements de santé dont les recettes dépassent 100 M€, doivent s'engager dans cette démarche. En ce qui concerne le CHU de Martinique, l'échéance est pour 2016 car faisant partie de la « vague 3 ».

L'entrée en vigueur de la certification des comptes s'inscrit dans un processus d'amélioration de la qualité de la gestion financière et comptable, que doit conduire tout responsable de gestion de fonds publics.

La DRFIP et l'ARS ont lancé en cette année 2015 les travaux préparatoires de fiabilisation des comptes, préalables indispensables aux travaux de certification.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DU NORD-PAS-DE-CALAIS

L'extrait de rapport communiqué à l'Agence régionale de santé du Nord – Pas-de-Calais n'appelle pas d'observations de sa part.

RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DES PAYS DE LA LOIRE

Vous m'avez transmis des extraits du chapitre XIV du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015 (RALFSS).

J'ai pris connaissance des éléments du document et ceux-ci n'amènent aucune observation de ma part, ni complément particulier.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur présente un premier bilan sur la certification des comptes très positif.

Ainsi, les deux établissements (CH Montfavet et CH Avignon) ayant participé à la première vague de certification des comptes ont été certifiés sans réserve.

À ce jour, les six établissements prévus pour la deuxième vague de certification ont déjà choisi leur certificateur. Un travail d'analyse de fond a commencé et des procédures d'audit blanc sur leur poste comptable ont été engagées.

Ces établissements sont donc en phase avec le calendrier préconisé par la DGOS et la DRFIP, lequel a été établi en lien avec la Compagnie nationale des commissaires aux comptes.

Le CH d'Aix Pertuis fait partie de la deuxième vague sur la certification des comptes et constate un état d'avancement satisfaisant, avec un travail d'audit sur le rattachement des charges et produits à l'exercice et sur le seuil d'immobilisation, en cours de finalisation.

L'ajustement de l'inventaire a été finalisé en mars 2015 et la comptabilisation des stocks de pharmacie est en cours d'analyse. Des co-

pilotages ont été mis en place afin d'harmoniser la coordination entre l'ordonnateur et le comptable.

Les travaux débiteront en septembre 2015, dans cette attente, une forte mobilité a été installée dans les établissements afin de préparer la venue du certificateur et de répondre aux mieux aux exigences de ce dernier.

Un suivi régulier est effectué par l'ARS et la DRFIP afin de sécuriser le dispositif et d'aider les établissements dans le processus de certification.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE PICARDIE

À la lecture des extraits du chapitre XIV du rapport, je vous informe que je n'ai pas d'observations particulières à vous apporter.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE POITOU-CHARENTES

L'extrait du rapport transmis évoque le coût de l'intervention des commissaires aux comptes dans la certification des comptes des établissements publics de santé concernés par la première « vague » de la démarche de fiabilisation et de certification des comptes de ces derniers.

Deux établissements de la région Poitou-Charentes ont été retenus pour intégrer cette première « vague » : le centre hospitalier de Saintes et le centre hospitalier universitaire de Poitiers.

Le rapport évoque « un coût annuel compris entre un peu moins de 70 000 € (TTC) et un peu moins de 120 000 € (TTC) ». Les établissements picto-charentais précités s'inscrivent dans ce cadre puisque le centre hospitalier de Saintes a conclu un marché sur 6 ans pour un montant total de 330 000 € (hors taxes) soit un montant annuel de 55 000 € (hors taxes). Le coût annuel de celui passé par le centre hospitalier universitaire de Poitiers est quant à lui de 582 080 € (hors taxes) soit un montant annuel de 97 013 € (hors taxes).

RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE RHÔNE-ALPES

Les extraits que vous m'avez communiqués n'appellent pas d'observation de notre part.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU GROUPEMENT DE
COOPÉRATION SANITAIRE (GCS) UNION DES HÔPITAUX POUR
LES ACHATS (UNIHA)**

Nous vous confirmons que le rapport est conforme aux informations transmises par UniHA.

Par conséquent, nous ne souhaitons pas apporter de commentaires particuliers.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE D'ANGERS**

J'ai l'honneur de vous informer que l'extrait du rapport n'appelle pas d'observation de ma part.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DES HOSPICES CIVILS DE
LYON**

J'ai bien pris note des extraits du rapport. Ils n'apportent aucun commentaire particulier de ma part en réponse.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE MARTINIQUE**

La situation du CHU de Martinique au regard des emprunts structurés dits « toxiques », a évolué. L'Établissement a négocié la sortie du plus risqué d'entre eux en mars 2015 au bénéfice d'un emprunt à taux fixe et moyennant bien entendu le paiement d'une soulte de sortie.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES**

Pour faire suite à votre courrier en date du 24 juin 2015 concernant la notification des extraits du chapitre XIV du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015, je vous informe que je ne souhaite pas apporter de commentaires particuliers à ce rapport.

**RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE
HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE DE NÎMES**

L'extrait de rapport communiqué au centre hospitalier régional universitaire de Nîmes n'appelle pas d'observations de sa part.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE SAINT-ÉTIENNE**

Les effets délétères des emprunts structurés « toxiques » ou hors charte sont multiples et s'expriment à distance de la date de contractualisation du produit financier correspondant. À l'impact destructeur, désormais bien connu, des mécanismes multiplicateurs d'intérêts de ces contrats, s'ajoutent les conséquences budgétaires de la fiabilisation des comptabilités, liée aux exigences légitimes de sincérité et de certification des comptes.

Les établissements publics hospitaliers confrontés à la dérive du coût budgétaire direct de certains emprunts structurés, pourraient en outre voir leur bilan gravement déséquilibré par des impératifs de provisionnement et des risques, alors même que ces risques sont par nature instables, volatils et imprévisibles sur la durée de vie des contrats de prêt concernés.

Dès lors, la légitime volonté des pouvoirs publics de traduire ce risque dans la comptabilité des EPS nous paraît devoir être accompagnée de réelles précautions afin d'écartier toute hypothèse de fragilisation excessive – voire de rupture – de la continuité du service rendu aux usagers.

La présente note du Directeur général et du Directeur des finances du CHU de St Etienne établie en réponse au courrier adressé par la Cour des comptes pour avis et observations sur les extraits du chapitre XIV du rapport intitulé « rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015 (RALFSS) ».

Résumé de situation au CHU de St Etienne

a) Une volonté affirmée de fiabilité comptable et d'efficacité économique...

L'article 17 de la loi HPST a inscrit dans le code de la santé publique (article L. 6145-16) le principe de la certification des comptes de certains établissements publics de santé. Le Centre Hospitalier Universitaire de St Etienne (CHU SE) est inscrit dans la seconde vague et sera soumis à certification sur les comptes 2015. Depuis 2014, le CHU SE a désigné le cabinet KPMG afin de l'accompagner pour conduire la fiabilisation préalable des comptes. En parallèle et après mise en concurrence le commissaire aux comptes ERNST & YOUNG a été nommé par le Conseil de Surveillance du 28 mai 2015.

Le CHU SE s'est donc engagé à établir la régularité et la sincérité de ses comptes conformément aux règles actuellement en vigueur, afin d'afficher l'image fidèle de sa situation financière et de son patrimoine.

Au-delà de la sincérité des comptes, le CHU SE s'est également engagé dans une politique résolue de rétablissement des équilibres de gestion. Le Directeur général actuellement en fonction a signé avec l'ARS

Rhône-Alpes (Agence régionale de santé) un Contrat de Retour à l'Équilibre Financier (CREF) pour les années 2013 à 2016 afin de réduire et d'assainir son endettement, de rétablir les ratios économiques (taux de marge brute en particulier) et de restaurer ainsi son autonomie financière ainsi que sa capacité à soutenir des projets de développement liés aux évolutions de la demande de soins et aux progrès de la médecine.

Cette politique produit actuellement ses fruits puisque le CHU SE est parvenu à atteindre en 2013 et 2014 tous les objectifs financiers (taux de marge, CAF, FRNG, résultat, notamment) tout en débutant son désendettement.

b)...qui se heurte à un endettement historique et à risque.

Parmi toutes ses contraintes de gestion le CHU SE est essentiellement handicapé par un taux d'endettement élevé, lié à la reconstruction de son site « Hôpital Nord » dans les années 2000, financée alors presque exclusivement par emprunt.

En 2014, la charge de la dette s'élève à 5,8 % des produits. Le stock total de dette s'élève à près de 263 M€, dont un encours « structuré non sécurisé » de 141 M€ (53 %). Tous ces emprunts structurés et toxiques ont été souscrits auprès d'un seul établissement financier, la banque DEXIA, manifestement très active dans la région stéphanoise au cours de la fin des années 1990 et la première décennie 2000.

Si le CHU voulait sortir de ces emprunts structurés, il devrait assumer outre le remboursement du capital le paiement d'un surcoût toxique (pénalité de sortie ou IRA) estimé actuellement à 115 M€ et fortement volatil.

À leur arrivée (2011 et 2012), le DG actuel et le Directeur des finances ont repris la gestion de cet historique, établi le bilan de l'endettement risqué du CHU, et engagé un programme d'action. Tout emprunt de cette nature a été proscrit et, avec l'appui de la gouvernance associant direction et médecins, une gestion proactive de la dette est menée face à la volatilité des emprunts structurés, en appliquant les mesures comptables préconisées et en anticipant leur impact financier.

1) La volatilité des emprunts structurés est l'obstacle principal à une gestion prévisionnelle et comptable satisfaisante

La dette du CHU SE est composée à plus de 50 % de produits structurés. Un bilan de cet endettement toxique a été mis à jour suite à l'arrivée du nouveau directeur général nommé en juin 2011.

Afin d'éclairer la réponse adressée à la Cour, il est utile de rappeler ici quelques caractéristiques de ces produits et de leurs conséquences, à la faveur d'un exemple.

Les emprunts structurés du CHU SE ont tous été fournis par la Banque DEXIA, essentiellement dans la première moitié de la décennie 2010.

Ces contrats structurés sont non capés ni sécurisés. En cas d'évolution très défavorable et sans appui extérieur l'établissement pourrait être placé dans une situation de rupture financière majeure, cette hypothèse présentant le risque de mettre éventuellement en cause sa capacité à assumer ses missions principales (soins, enseignement, recherche).

On sait aujourd'hui que les emprunts structurés sont composés, d'une part, de la vente par le prêteur d'une option à terme sur des index ou des valeurs (ici, les taux de change des monnaies concernées) et, d'autre part, d'un prêt à taux variable dont la formule complexe de taux d'intérêt est indexée sur des taux de change ou des écarts de taux, et peut être assortie de coefficients multiplicateurs parfois non limités (contrats « non capés »). Le risque toxique est particulièrement volatil, du fait de sa relation étroite avec les variations des taux de change sur lesquels sont indexées les formules de calcul du taux d'intérêt des emprunts. Ces index sont sans lien avec l'activité d'un CHU.

Parmi ces produits structurés se trouve un emprunt EUR/CHF, appelé « Tofix », vocabulaire qui ne manque pas de déloyauté : prononcé à l'anglo-saxonne cela veut dire « to fix », à fixer, mais prononcé à la française le terme sonne comme « taux fixe »... Indexé sur le Franc Suisse, à toxicité accrue, ce contrat a été proposé par la banque DEXIA début 2006 afin de refinancer trois emprunts structurés qui venaient pourtant d'être fournis par la même banque peu avant (entre décembre 2003 et juin 2005).

Dexia proposait ainsi, dans son « étude du 30 janvier 2006 » relative à la « gestion active de la dette » du CHU SE, de contracter l'emprunt « Tofix Dual EUR-CHF » afin de remplir quatre objectifs ainsi présentés :

- Optimiser les solutions existantes sans changer les stratégies gagnantes en cours ;*
- Sécuriser les aléas et le taux moyen de la dette ;*
- Anticiper sur une évolution défavorable des taux ;*
- Conserver les profils d'amortissement existant (pas de rallongement).*

Malgré toutes ses qualités annoncées, cet emprunt a dû être réaménagé en urgence dès 2010 afin de repousser le coupon risqué de cette échéance : au 30 décembre 2011, cet emprunt avait créé une perte potentielle pour le CHU SE de plus de 75 M€ (hors capital restant dû). C'est dire si les louables objectifs affichés par la banque n'ont pas été atteints. Or le nouvel emprunt était à l'époque présenté par Dexia comme générant les flux financiers suivants :

- Pendant 3 ans, Taux fixe 2,00 %*
- Pendant 27 ans, Taux fixe DUAL (cf. ci-après) : 2,60 %*

La direction financière du CHU de l'époque a sans doute pensé pouvoir améliorer ses engagements et ses capacités d'investissement en

souscrivant ces produits. Quelles qu'aient pu être les erreurs d'appréciation ou le degré de méconnaissance de l'ingénierie financière associée, nul ne peut en tout cas douter que les objectifs poursuivis par le CHU consistaient à optimiser le levier de l'investissement et à prendre des engagements soutenables pour l'avenir.

Pourtant, en définitive, le fameux « taux fixe dual » de 2,60 % est aujourd'hui de 21 %, après l'envolée du Franc Suisse suite aux décisions du 16 janvier 2015. La conséquence principale est un renchérissement très important des frais financiers de l'emprunt précité, l'échéance passant de 5,3 M€ en 2014 à 8,8 M€ en 2015. Cette évolution, très handicapante, reste encore à la hauteur de ce qu'un CHU peut assumer avec le soutien en l'occurrence de l'ARS (mécanisme d'aide prévu dans le CREF), mais de manière exceptionnelle et ponctuelle.

Quant à la soule de cet emprunt « ToFix » elle est estimée, au 31 janvier 2015, à 100 M€ pour un capital restant dû de 37 M€. On peut légitimement se demander en quoi la variation du taux de change du Franc suisse pourrait à ce point peser sur les ressources mobilisées par un CHU pour soigner ses patients.

En complément, on doit souligner que les indemnités de remboursement anticipé (IRA) des sept emprunts structurés varient dans le temps de manière considérable :

IRA en K€	2012	2013	2014	2015
Janvier		-91 921	-81 874	-133 439
Février		-98 380	-82 789	-125 020
Mars		-99 494	-80 808	-134 123
Avril	-136 335	-95 295	-80 090	-128 128
Mai	-146 090	-87 088	-83 310	-129 433
Juin	-130 184	-84 356	-80 731	-115 480
Juillet	-134 408	-84 699	-79 393	
Août	-133 470	-85 364	-84 694	
Septembre	-125 419	-87 113	-80 722	
Octobre	-119 899	-83 142	-80 939	
Novembre	-123 183	-82 825	-82 436	
Décembre	-111 415	-76 925	-86 137	

Ainsi, le constat établi par le CHU SE peut-il se résumer de la manière suivante :

- ces emprunts ont une structure toxique dangereuse qui a été sciemment masquée ;
- ils produisent, des années plus tard, des effets financiers et budgétaires délétères à l'exact opposé des buts poursuivis par l'établissement ;
- la volatilité de leurs taux d'intérêt, sans lien avec l'activité du CHU, rend extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, toute prévision fiable de leurs impacts budgétaires dans une trajectoire de retour à l'équilibre financier ;
- les hypothèses de remboursement anticipé et paiement de l'IRA associée ne peuvent être raisonnablement envisagées tant que les taux de change restent aussi défavorables ;
- sans règlement transactionnel ou contentieux, ces prêts resteront un obstacle à la sécurisation des comptes pendant toute leur durée ;
- il s'agit d'une situation tout à fait exceptionnelle qui appelle des règles de comptabilisation spécifiques afin de traduire la réalité.

2) La traduction de ces risques dans la gestion comptable doit être assortie de précautions spécifiques

Dans le cadre de la certification des comptes, les risques générés par les produits structurés nécessitent d'agir sur la prévention des risques futurs et de mesurer s'il est possible de traduire de manière satisfaisante le risque existant sous forme de provisions au passif du bilan.

La fiche 4 du guide de Fiabilisation des Comptes définit des modalités de corrections d'erreurs sur exercices antérieurs, en situation nette, c'est-à-dire au sein des passifs du haut de bilan sans impacter le compte de résultat

de l'exercice. Ainsi, il est possible de régulariser des provisions non enregistrées au bilan, ou comptabilisées à tort, alors qu'elles devaient l'être en application de la réglementation. Cette opportunité, en dérogation à l'instruction budgétaire et comptable M21, n'est applicable qu'une seule fois, ce qui constitue une précaution a priori bien compréhensible. Mais comme on le verra ci-dessous, nous pensons que cette limite devrait évoluer, dans l'intérêt d'une gestion supportable de ces écritures.

La fiche 12 explique les règles de comptabilisation des dettes financières et des instruments dérivés des entités à comptabilité publique. Les dispositions prévues ont pour but notamment de mieux traduire les risques pris du fait de la souscription de certains emprunts, en particulier les emprunts structurés. Ce traitement comptable permet de mettre en lumière l'existence de la charge financière relative à l'emprunt considéré, même si les intérêts ne sont pas décaissés sur le même exercice.

Concernant les produits complexes, la fiche s'appuie sur deux méthodes de provisionnement :

« Le taux structuré fait généralement appel dans sa formule de calcul à un ou plusieurs indices financiers, par exemple l'Euribor 3 mois, le taux de change Euro/CHF etc. Deux méthodes de calcul du taux structuré sont proposées. La première dite « taux à la clôture » consiste à retenir le taux d'intérêt structuré tel qu'il ressort des conditions de marché (les indices composant le taux) observées au 31/12 de l'exercice. La seconde dite « forwards » consiste à retenir les anticipations de marché de ces mêmes indices. Autrement dit, selon cette dernière méthode, le taux structuré est un taux anticipé qui peut différer pour chaque échéance prévisionnelle en fonction des anticipations de marché. Étant donné la complexité de cette méthode, la première sera privilégiée. En vertu du principe comptable de permanence des méthodes, la méthode choisie est la même pour chaque catégorie de prêts complexes de l'entité et d'une année à l'autre. »

Or ces deux méthodes produisent des résultats nettement différents. En effet, leur application à l'emprunt EUR/CHF précité du CHU SE donne les évaluations suivantes :

- Taux à la clôture : 19.6 M€ de provisions à inscrire*
- Forwards : 76.8 M€ de provisions.*

L'écart très important entre les deux méthodes traduit le risque futur qui pourrait être supporté par l'établissement sur son compte de résultat. Il n'apparaît pas raisonnable de maintenir comptablement une telle incertitude sur la durée, ni de faire peser définitivement, par « principe de précaution », le poids le plus élevé envisageable sur les comptes actuels, alors même que les provisions effectivement nécessaires pourraient se réduire les années suivantes.

Proposition 1

À titre exceptionnel et uniquement sur le périmètre des emprunts structurés toxiques, nous pensons qu'une solution de mécanisme de neutralisation pluriannuel pourrait être retenue dans le cadre de la fiche 4, soit la réitération en situation nette de l'ajustement du montant de la provision.

En d'autres termes, les établissements concernés auraient la possibilité de corriger les erreurs en situation nette sur exercices antérieurs à plusieurs reprises pendant la durée de vie des emprunts toxiques ou jusqu'à résolution globale de ces contrats (mécanisme de sortie, transaction, etc.).

La réitération pourrait être autorisée sur un fondement annuel ou biennal, en se donnant des bornes de précaution : par exemple, une révision de la provision à inscrire serait autorisée sous réserve :

- que cette révision ne concerne que les emprunts structurés toxiques ;
- que les estimations calculées par l'une ou l'autre méthode de provisionnement produisent une variation de la provision de plus de 15 ou 20 % ;
- que l'établissement soit engagé dans un CREF et qu'il en respecte les engagements.

Par ce mécanisme de neutralisation, les variations annuelles des provisions seraient sans impact sur le résultat de l'exercice, donc sur la gestion réelle et, par conséquent, sur la mission principale du CHU.

Dans cette approche, le provisionnement des produits structurés a pour vocation de rendre sincère et lisible le risque supporté par l'établissement, non pas de le financer par anticipation.

Du côté de la gestion réelle, si le provisionnement permet d'afficher la réalité du risque au passif du bilan, il ne résout pas la problématique de trésorerie liée au décaissement effectif des frais financiers supportés en cas de dérapage.

En effet même en cas de provisions constituées, la trésorerie des établissements les plus contaminés ne suffirait pas à faire face à un dérapage important.

3) L'impact éventuel des emprunts structurés toxiques en trésorerie nécessite un mécanisme amortisseur garantissant la pérennité du fonctionnement des établissements

Avec l'appui de ses conseils spécialisés (cabinets Riskedge, Klopfer, Visconti), le CHU SE mène depuis plusieurs années des actions soutenues pour parvenir à l'assainissement et à la sécurisation de sa dette. Cette

politique est incontestablement fragilisée, en trésorerie, par les mouvements inattendus et imprévisibles de certains emprunts structurés.

Ainsi, la charge de la dette hors emprunts structurés diminue ces trois dernières années en passant de 6 % à 5.8 % des produits (hors aides reçues de l'ARS), signe des efforts de gestion de l'établissement.

Mais si l'on intègre les prêts structurés, cette charge est passée à 6.9 % des produits en 2015, du fait de l'évolution des emprunts toxiques (notamment EUR/CHF).

Or nous considérons que cette charge est pour l'essentiel « incontrôlable », en tout cas qu'elle échappe en grande partie aux instruments de gestion du CHU et aux décisions prises par sa gouvernance, puisqu'elle résulte exclusivement de variations de taux de change constatées sur des places financières sur lesquelles le CHU n'intervient pas.

Il ne paraît pas équitable que ces charges non prévisibles puissent constamment venir obérer les comptes des établissements concernés et créer des tensions de trésorerie pesant sur l'activité quotidienne.

Les surcoûts relatifs à la volatilité des emprunts structurés ne peuvent être laissés à la seule charge de l'établissement concerné, pouvant être incapable d'y faire face par les produits qu'il tire de sa gestion et de son activité, et risquant alors de se trouver en situation de rupture de ses paiements. Il faut rappeler ici que les gros établissements de santé ne sont pas, à ce jour, éligibles au Fonds de soutien national créé pour les collectivités locales et étendu ensuite aux hôpitaux (= limite de 100 M€ de budget pour être éligible).

S'agissant d'établissements publics de santé une éventuelle rupture de cette nature conduirait à la mobilisation en urgence et dans des conditions défavorables, de soutiens tirés de la solidarité nationale. Ce scénario n'est pas satisfaisant.

Nous pensons par conséquent qu'un mécanisme amortisseur devrait être envisagé pour les établissements présentant un fort niveau de risque. Ce mécanisme serait assorti des conditions formelles.

Proposition 2

Un mécanisme amortisseur des impacts injustifiés en trésorerie pourrait être envisagé avec les dispositions suivantes :

- *contribution de l'ARS, sur les fonds du FIR par exemple, à la prise en charge partielle des surcoûts budgétaires excédant 5% des produits de l'établissement, sous réserve que ces surcoûts soient sans lien avec la gestion de l'établissement et liés à une évolution brusque des taux d'intérêts des prêts structurés ;*

- fixation d'une enveloppe maximale sur la durée du CREF de l'établissement, mobilisée par tranches annuelles lorsque le critère précédent est vérifié ;
- pour les situations critiques ponctuelles, mise en place d'un mécanisme d'avance de trésorerie sous les mêmes réserves, soit par « avances remboursables » de l'assurance maladie, soit par cautionnement d'un prêt de trésorerie souscrit auprès d'un établissement bancaire partenaire.

Le mécanisme amortisseur serait assorti des conditions de mise en œuvre suivantes :

- établissement engagé dans un CREF et conduisant une trajectoire maîtrisée de retour à l'équilibre financier ;
- établissement ayant mis en œuvre une politique de gestion active de la dette avec stratégie de désendettement et limitation stricte voire suspension des nouveaux emprunts pendant une période donnée ;
- établissement dont l'activité de soins, ainsi que d'enseignement et de recherche pour les CHU, s'inscrit dans les politiques régionales et nationales et dispose d'un dynamisme confirmé.

En résumé

1. *Les emprunts structurés toxiques présentent une structure rendant pratiquement impossible la prévision de leur évolution sur longue période, du fait de la volatilité des index sur lesquels sont construits leurs taux d'intérêt, de la multiplicité des déterminants de leur évolution sur la scène internationale, et de l'absence de tout lien entre ces facteurs et les décisions de gestion des établissements publics de santé concernés.*
2. *La traduction du risque associé, dans la gestion comptable des hôpitaux par la constitution de provisions, répond à un objectif louable de sincérité et de connaissance des charges financières attendues. Cependant, la variabilité évoquée au point précédent nécessite que le calcul des provisions puisse être révisé au cours de la durée de vie des contrats de prêts concernés. Des réserves seront associées à cette révision dérogatoire afin d'écartier toute dérive.*
3. *Les conséquences matérielles des provisions et des paiements sur la trésorerie des établissements peuvent être très importantes, voire délétères. Un mécanisme amortisseur est souhaitable, assorti de réserves et d'engagements mesurables souscrits par les établissements concernés.*

La gouvernance du CHU de Saint-Étienne est fortement mobilisée par le rétablissement des équilibres financiers de l'établissement et conduit une politique active en ce sens. La direction générale, les responsables médicaux, les cadres soignants comprennent et partagent cet objectif.

Des efforts très importants ont été accomplis par les équipes de l'établissement ces dernières années. Ils portent leurs premiers fruits et la trajectoire financière du CHU stéphanois a pris une orientation encourageante saluée par les autorités.

Dans une approche pragmatique et humaine du management, il est fondamental que les efforts produits par la communauté hospitalière puissent être en partie au moins réinvestis dans l'activité et la qualité de prise en charge des patients, et non pas se voir exclusivement absorbés par le financement d'une dérive des taux de change ou d'intérêt.

C'est dans cet esprit que nous nous permettons d'indiquer à la Cour qu'il nous paraît indispensable d'accompagner les établissements pénalisés par le « mécanisme insupportable » de ces emprunts, dès lors que leurs responsables ont pris les décisions permettant d'éviter le renouvellement de tels écarts et engagé les mesures de redressement nécessaires.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

Concernant l'auditabilité des comptes et l'interopérabilité, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ont mis en place des moyens qui ont permis de dresser une cartographie des applications et des interfaces. Un outil dit EAI (Entreprise Application Intégration) a été mis en place dès 2008 afin de permettre une maîtrise renforcée des interfaces, de leur traçabilité, de la gestion des erreurs. Toute évolution dans les échanges entre solutions est assujettie depuis 2010 à cet outil qui garantit ainsi la meilleure interopérabilité. Sur un périmètre réduit à quelques échanges non normalisés (en l'absence de normes ou de standards définis), il est cependant plus difficile de garantir une exhaustivité complète d'interopérabilité.

Concernant la politique de sécurité, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ont réorganisé, dans ce domaine, la Direction du Système d'information depuis 2000. Outre la fonction d'architecte de Système d'information, garant de la cohérence du SI, une fonction de responsable sécurité du Système d'Information a été créée en 2001. Une politique de sécurité et un schéma directeur de sécurité des SI ont été définis en 2006. Leur suivi est assuré par un COSSI (Comité de Sécurité des Systèmes d'Information, piloté par le Directeur Général Adjoint). Un premier plan de reprise d'activité a ainsi été défini dès 2007. Un nouveau schéma directeur de sécurité des SI a été défini fin 2014 - début 2015 avec un programme validé le COSSI de juin 2016. Actuellement, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg dédient trois personnes à temps plein sur les enjeux associés à la Sécurité du SI. Les compétences et expertises en matière de sécurité des SI sont de plus reconnues régionalement. En lien avec le GCS e-Santé Alsace et l'ARS d'Alsace, des prestations sont proposées en la matière aux autres

établissements, publics et privés, notamment en vue de l'atteinte des prérequis sécurité du plan hôpital numérique.

Concernant les changements comptables, il est exact que, dans le cadre de la préparation de la certification comptable, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ont été amenés à revoir certains modes d'amortissement.

RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL ET UNIVERSITAIRE DE TOURS

Concernant les deux remarques faites dans le chapitre XIV III-A-1-a sur la faible auditabilité des systèmes d'information, la Cour fait état d'une politique générale de sécurité insuffisante en citant, pour l'exemple, le CHU de Tours. Consciente de cette situation, la Direction des Systèmes d'Information a réalisé un audit de sécurité entre septembre 2014 et mars 2015. Sur la base des conclusions de celui-ci, en septembre 2015, le CHU nommera son responsable de la sécurité des systèmes d'information (RSSI) et mettra en place, dans la foulée, les actions déterminées dans le cadre de la politique générale de sécurité des systèmes d'information (PGSSI).

Dans ce même chapitre, la Cour cite le CHU de Tours comme faisant partie des établissements n'ayant pas formalisé de plan de reprise d'activité (PRA). Ce projet s'inscrit lui aussi dans le cadre de la politique de sécurité du système d'information. Il débutera en septembre 2015 pour une mise en œuvre opérationnelle en juin 2016.

Concernant la remarque faite au chapitre XIV III-A-2 sur la formalisation et la documentation des contrôles permettant d'attester la réalité et l'efficacité du contrôle interne financier, la Cour note que le CHU de Tours a confié la réalisation du dispositif du contrôle interne à un prestataire externe. En effet, le CHU de Tours a été accompagné, depuis fin 2012, par le Cabinet Mazars-Aumeras pour la réalisation de son contrôle interne. À cette date, il n'existait aucune compétence en interne pour réaliser ce type de prestation totalement nouvelle pour les Centres Hospitaliers.

À l'issue de cette prestation, début 2015, le CHU a confié la réalisation d'un audit à blanc des comptes de l'exercice 2014 au cabinet PricewaterhouseCoopers. Cette action a clairement démontré le besoin d'une compétence nouvelle de contrôle interne au sein du CHU de Tours. En conséquence, il est créé dès septembre 2015, une cellule de contrôle interne composée d'un attaché d'administration hospitalière, chargé de cette fonction, et des relations avec le cabinet du commissariat aux comptes. Ce professionnel est en cours de recrutement à ce jour.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER
INTERCOMMUNAL AIX-PERTUIS**

L'extrait de rapport communiqué au centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis n'appelle pas d'observations de sa part.

**RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE
HOSPITALIER INTERCOMMUNAL ANDRÉ GRÉGOIRE
DE MONTREUIL**

Je vous informe que l'extrait du chapitre XIV – la qualité des comptes des établissements publics de santé : une exigence à confirmer pleinement, n'appelle pas d'observations de ma part.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE
SANTÉ MENTALE (EPSM) LILLE MÉTROPOLE À ARMENTIÈRES**

L'extrait de rapport communiqué à l'établissement public de santé mentale Lille Métropole n'appelle pas d'observations de sa part.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER
ALPES-LÉMAN**

Gestion des habilitations

Je vous précise que le CHAL installe actuellement un annuaire informatique d'établissement afin de fluidifier et tracer les impacts des mouvements du personnel sur la gestion des droits dans les applications. Un connecteur a été installé sur le 1^{er} trimestre 2015 pour envoyer les flux DRH vers l'annuaire. La montée en charge vers les applicatifs, pour 2015, a commencé par l'alimentation des outils administratifs qui est en cours d'installation; l'étape suivante (3^{ème} trimestre de 2015) sera la connexion avec l'active directory pour mettre en relation l'annuaire avec les outils métiers connecté à celui-ci.

Ceci permettra d'automatiser une partie des tâches jusque-là confiée aux « Responsables des Habilitations et des Droits d'Accès ».

Je vous précise enfin que l'établissement a fait auditer ses comptes 2014 par un Commissaire aux Comptes dans le cadre d'une procédure de certification « à blanc » (audit contractuel précédant l'audit légal sur les comptes 2015). À l'issue de cette procédure « à blanc », le CHAL s'est porté candidat pour une entrée dans la procédure de certification dès la vague 2, alors qu'il était fléché par le Ministère pour entrer en vague 3 (du fait du passage du seuil de 100 M€ en 2011). Les résultats de la procédure « à blanc » nous permettent par ailleurs d'envisager une certification de nos comptes sans réserve.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER
DE BEAUVAIS**

S'agissant de la partie relative à la formalisation et la documentation des contrôles, il convient de préciser qu'au-delà de l'aide apportée par un cabinet extérieur pour préparer la démarche de certification des comptes et la mise en place du contrôle interne, l'établissement a nommé début 2014 un adjoint des cadres référent du contrôle interne comptable et financier pour l'ensemble de l'établissement.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER PUBLIC DU
COTENTIN**

Je vous informe que ce document n'appelle aucune observation de ma part et je ne souhaite pas y apporter de réponse.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER
MÉTROPOLE SAVOIE**

S'agissant de la fragilité des systèmes d'information, le centre hospitalier de Chambéry est cité comme n'ayant « pas formalisé de plan de reprise d'activité » et comme disposant d'un « niveau de sécurisation des mots de passe » insuffisant. Ces deux thématiques, qui relèvent des prérequis du plan « Hôpital numérique », sont traitées par l'établissement et font l'objet d'un plan d'actions :

- pour ce qui concerne les mots de passe, le projet SSO doit aboutir à la fin du 2^{ème} semestre 2015 ;

- pour ce qui concerne le plan de reprise d'activité, qui existe mais n'est pas formalisé, l'échéance est fixée au 1^{er} trimestre 2016.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'HÔPITAL NORD
FRANCHE-COMTÉ**

Je vous adresse les éléments de réponses concernant l'Hôpital Nord Franche Comté sur les deux points pour lesquels l'établissement est cité dans le rapport.

Ces deux points concernent d'une part la fragilité et l'auditabilité des systèmes d'information et d'autre part la formalisation et la documentation des contrôles permettant d'attester la réalité et l'efficacité du contrôle interne.

La complexité du système d'information de l'Hôpital Nord Franche-Comté a été mise en évidence par une étude du cabinet Mazars

demandée par l'établissement dans le cadre d'une mission d'accompagnement à la préparation de la certification des comptes.

Cette étude qui a porté sur la cartographie générale des applications, l'organisation du département informatique, et la revue des contrôles généraux, montre la complexité du système d'information qui comprend plus d'une centaine d'applicatifs, dont 12 ayant une incidence financière et comptable, gérés par des plates-formes techniques diverses. Elle a également permis d'évaluer les besoins en matière de traçabilité des procédures et de contrôles clés à mettre en place.

Les recommandations faites à la suite de cette étude sont en cours de mise en place. Cette étude a néanmoins montré que le service informatique avait déjà pris de nombreuses mesures pour gérer les risques majeurs et contribuait de manière positive au contrôle interne. Il est également à noter que l'Hôpital Nord Franche-Comté est le premier établissement français de santé certifié au niveau 6 par HIMSS (Healthcare Information and Management System Society).

De manière plus globale, cette mission d'accompagnement menée par le cabinet Mazars a porté sur l'ensemble des cycles concernés par la fiabilisation des comptes. Elle a d'une part contribué à l'élaboration de la matrice des risques et d'autre part constitué un appui méthodologique à la formalisation des procédures.

RÉPONSE DE LA DIRECTRICE DU GROUPE HOSPITALIER DE LA RÉGION DE MULHOUSE SUD ALSACE

L'établissement s'est engagé dans la préparation à la certification des comptes dès 2012.

Le choix d'un accompagnement externe par le Cabinet PricewaterhouseCoopers Audit (PWC) à partir du 13 septembre 2012 (marché n° 248/2012) et la mise en œuvre des groupes de travail par cycle d'exploitation et d'investissement ont constitué les prémisses de la démarche.

La participation du DAF aux groupes de travail nationaux DGOS / DGFIP depuis 2010 sur la certification des comptes a permis d'initier progressivement l'établissement à la fiabilisation, puis à la certification des comptes.

Le travail de fiabilisation et de préparation à la certification a nécessité la mobilisation des ressources humaines importantes dans toutes les directions fonctionnelles. La mobilisation en ressources internes a été évaluée et ne tourne pas à moins de 7 ETP en moyenne. Le chiffrage résulte d'une estimation sur la base de la fréquence et de la durée des réunions des groupes de travail, des 3 personnels du "noyau dur" de la Direction des services financiers et du patrimoine, de l'équivalent temps plein affecté à

l'inventaire "flash" et à la rédaction des procédures, de l'équivalent temps plein du stagiaire Master sur 5 mois.

On ne peut donc pas affirmer que l'établissement n'a pas dégagé de ressources pour mener ce travail.

Certes, l'établissement a fait le choix d'un accompagnement extérieur pour la préparation à la démarche de certification. L'on sait d'expérience qu'un soutien extérieur permet de borner une démarche.

Par ailleurs, le recrutement d'un stagiaire en Master sur une période de 5 mois a permis un apport méthodologique important. Les principaux cycles, à fort enjeux, ont été traités dans les cartographies de risques (immobilisations, ressources humaines, recettes, achats), et en transversal le système d'information.

En interne, nous reprenons la poursuite du déploiement du contrôle interne en nous appuyant sur des référents par direction fonctionnelle dans une trajectoire de progression et à enjeux significatifs.

Ce groupe de référents reprend l'état des lieux issu de l'audit de processus et les observations faites par la Chambre régionale des comptes sur les compléments à apporter aux procédures, aux plans de contrôle et aux organigrammes.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DES HÔPITAUX DE SAINT-MAURICE

Par courrier du 29 juillet 2015, vous me communiquez l'extrait du rapport sur la certification des comptes des établissements publics de santé, concernant les Hôpitaux de Saint-Maurice.

Vous indiquez un refus de certification des comptes des Hôpitaux de Saint-Maurice motivé en premier lieu par un défaut d'assurance sur le montant des immobilisations corporelles, compte tenu de l'absence de réalisation d'un inventaire physique auquel la comptabilité aurait été rapprochée.

Le certificateur estime en effet dans son rapport d'opinion que l'établissement n'a pas procédé à un inventaire physique de ses immobilisations, jugeant insuffisants les travaux d'inventaire réalisés ou le rapprochement avec l'inventaire comptable.

L'inventaire général des actifs (biens amortissables) est établi et actualisé au moins une fois par an. Il est constitué du tableau général des amortissements, complété par plusieurs documents spécifiques à chaque type d'actif.

Cet ensemble communiqué au trésorier, au Conseil de surveillance et à l'ARS permet d'avoir une vision complète et fiable de l'ensemble des actifs des HSM.

La liste des documents complétant le tableau des amortissements est la suivante :

1. Biens immobiliers

Toute vente ou achat d'un bien immobilier est obligatoirement accompagné d'une estimation financière des domaines, d'une délibération du Conseil de surveillance et d'un accord explicite du représentant de l'État : l'ARS.

2. Matériels techniques, immeubles par destination

- *Groupes électrogènes*
- *Centrales incendie*
- *Portes automatiques*
- *Ascenseurs*
- *Barrières de contrôle*
- *Climatisations*
- *Centrales de traitement d'air*
- *Chaufferie*
- *Centrales téléphoniques*

Ces matériels font l'objet de contrats de maintenance, ajustés au moins une fois par an et de contrôles techniques spécifiques obligatoires.

3. Matériels médicaux et assimilés

Ces matériels font l'objet de contrats de maintenance et de contrôles de matériovigilance obligatoires.

4. Matériels informatiques : Réseau central et périphérique y compris le parc de copieurs numériques servant de terminaux d'impression

Ces matériels sont sous contrats de maintenance ajustés en permanence en fonction de l'évolution des besoins.

Le contrôle des connexions et des autorisations se fait à distance (réseau central).

5. Véhicules de transport

Ces véhicules de transport font l'objet d'un contrôle technique annuel.

6. Mobiliers de bureau et hôtelier

Ils ne font pas l'objet d'un inventaire régulier.

Vous précisez que le refus de certification est également motivé par des défaillances du dispositif de contrôle interne applicables aux recettes d'activité qui ne permettent pas d'en garantir l'exhaustivité.

Le rapport d'opinion du certificateur n'évoque pas cette motivation. Plus précisément, le certificateur, dans son rapport d'opinion, estime insuffisantes les procédures de contrôle interne relatives au recouvrement des créances « Hospitalisés et consultants » et « autres tiers payants ». Sur ce point, je rappelle qu'en application du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique, la question du recouvrement des créances est de la compétence du comptable. En outre, le certificateur informe ne pas être en mesure de se prononcer sur le caractère suffisant de la dépréciation comptabilisée. Sur ce point, je précise que les créances antérieures au 31/12/2011 s'élèvent à 1.496 000 € dont 1.442 000 € concernent des créances Assurance maladie (soit 96 % du total des créances) (source : Trésor Public).

Enfin, vous indiquez que le refus de certification a également été motivé par des défaillances des dispositifs de contrôle interne applicables à la comptabilisation du temps travaillé qui conduisent à une incertitude sur l'évaluation des provisions au titre du compte épargne temps et des charges à payer pour heures supplémentaires.

Le rapport d'opinion du certificateur n'évoque en aucun cas cette motivation.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE

L'extrait de rapport communiqué au centre hospitalier de Saintonge n'appelle pas d'observations de sa part.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER VERDUN-SAINT MIHIEL

L'extrait de rapport communiqué au centre hospitalier Verdun Saint-Mihiel n'appelle pas d'observations de sa part.

**CINQUIÈME PARTIE – LES SYSTÈMES DE
RETRAITES ET D’ASSURANCE MALADIE EN
FRANCE ET EN ALLEMAGNE :
ÉLÉMENTS DE COMPARAISON**

Chapitre XV

Les systèmes de retraites en France et en Allemagne

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D’ORIENTATION DES
RETRAITES**

Je ne souhaite pas apporter de réponses complémentaires à ce rapport, dans la mesure où le Conseil, en tant que tel, n’a pas été consulté.

Chapitre XVI

**Les systèmes d’assurance maladie en France et en
Allemagne**

**RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU HAUT CONSEIL POUR
L’AVENIR DE L’ASSURANCE MALADIE**

1. En conclusion du chapitre, il m’apparaît important de préciser, comme cela est mentionné dans le corps du texte au II-C-1, que l’équilibre financier de l’assurance maladie allemande a bénéficié de l’augmentation de ses ressources, à la fois des cotisations mais également de la subvention de l’État fédéral ;

2. Par ailleurs, il me semble important de nuancer dans le texte et la conclusion l’analyse faite concernant la dynamique des dépenses due aux affections de longue durée.

Au 4^{ème} paragraphe du I-C-2-b, la rédaction peut laisser penser que c’est le statut d’ALD qui entraîne une forte dynamique des dépenses, alors que, comme il est dit au paragraphe précédent, c’est l’accroissement des dépenses afférentes aux maladies chroniques qui explique l’évolution. Cette évolution est d’ailleurs cohérente avec la croissance des dépenses de médicaments et d’hôpital qui constituent une grande part des dépenses correspondantes. Il est ici difficile de démêler les facteurs d’offre et de demande.

De plus, les travaux conduits par la DREES pour le Haut conseil pour l’avenir de l’assurance maladie (HCAAM) ont montré que si on considère en montants les dépenses, les restes à charge des personnes en ALD sont en moyenne supérieurs à ceux des personnes qui ne sont pas en ALD (cf. avis du HCAAM du 27 janvier 2011). Il convient également de souligner dans le paragraphe suivant que dans la période récente l’accroissement des dépenses

des complémentaires a été tiré par des remboursements hospitaliers (tickets modérateurs et chambres particulières notamment).

Le remboursement à 100 % des pathologies les plus lourdes est la traduction du principe fondamental de solidarité de notre système entre bien portants et malades. Dans son avis adopté à l'unanimité le 22 mars 2012, le HCAAM a réaffirmé son attachement à ce principe. Principe de solidarité, qui en outre est complété, pour lutter contre le renoncement aux soins, par des dispositifs spécifiques (CMU-C et ACS) permettant d'assurer pour les plus modestes des taux de remboursement élevés de leurs dépenses.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS**

L'exercice de comparaison entre les systèmes allemand et français d'assurance maladie apporte des éclairages utiles. Il comporte cependant des limites évidentes du fait des philosophies distinctes de régulation financière de l'assurance maladie.

L'équilibre des comptes en Allemagne a en effet été permis par un ajustement régulier des ressources des régimes concernés : entre 1970 et 2000 le taux de cotisation est passé de 8,2 % à 13,6 % et plus récemment, entre 2000 et 2012, de 13,6 % à 15,5 %. En outre, depuis la fin des années 2000, l'effet de la crise de 2009 a été compensée par une subvention exceptionnelle de l'État (+ 3,2 Md€ en 2009, 10,2 Md€ en 2010 et + 8,3 Md€ en 2011). Si le taux de cotisation a baissé c'est au prix d'une prime complémentaire à la charge des seuls assurés. Il faut juger les excédents réalisés par l'assurance maladie allemande à l'ajustement permanent de ses ressources.

Je relève également que comme le montre le graphique de la Cour des comptes, l'assurance maladie française a été plus performante depuis la fin des années 2000 que son homologue allemande pour contenir la progression de la dépense par habitant, et que la progression des dépenses de santé a été plus importante en Allemagne qu'en France.

Glossaire

AB	Allocation de base
ABM	Agence de biomédecine
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACS	Aide au paiement d'une complémentaire santé
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
AIS	Actes infirmiers de soins
ALD	Affection de longue durée
AMC	Actes de rééducation pratiqués dans une structure de soins ou un établissement
AMI	Actes médico-infirmiers
AMK	Actes de rééducation réalisés en ambulatoire
AMS	Actes de rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaire
ARS	Agence régionale de santé
ARS	Allocation de rentrée
ASF	Allocation de soutien familial
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASSO	Administration de sécurité sociale
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP	Accidents du travail – maladies professionnelles
AVPF	Assurance vieillesse des parents au foyer
BCP	Bénéficiaire consommant modéré
<i>BMAS</i>	<i>Bundesministerium für Arbeit und Soziales</i>
<i>BMF</i>	<i>Bundesministerium der Finanzen</i>
BNC	Bénéfices non commerciaux
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CANSSM	Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CICE	Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CMU-B	Couverture maladie universelle de base
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales

CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNBF	Caisse nationale des barreaux français
CNG	Centre national de gestion
CNIEG	Caisse nationale des industries électriques et gazières
CNoCP	Conseil de normalisation des comptes publics
CNP	Comité national de pilotage
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COPER	Comité permanent
COR	Conseil d'orientation des retraites
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CSA	Contribution de solidarité autonomie
CSG	Contribution sociale généralisée
CSS	Code de la sécurité sociale
CSSS (C3S)	Contribution sociale de solidarité des sociétés
D.	Décret
DARES	Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques
DFG	Débit de filtration glomérulaire
DG	Directeur général (direction générale)
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
DMS	Durée moyenne de séjour
DOM	Département d'outre-mer
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRFIP	Direction régionale des finances publiques
DRV	<i>Deutsche Rentenversicherung</i>
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENCC	Étude nationale sur les coûts à méthodologie commune
ENIM	Établissement national des invalides de la marine
EPS	Établissement public de santé
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Équivalent temps plein
FATIACL	Fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales
FCAT	Fonds commun des accidents du travail
FCATA	Fonds commun des accidents du travail agricole
FIR	Fonds d'intervention régional
FNAL	Fonds national d'aide au logement
FONPEL	Fonds de pension des élus locaux

FRR	Fonds de réserve pour les retraites
FSPOEIE	Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHM	Groupe homogène de malades
HAS	Haute Autorité de santé
HCICOSS	Haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale
HPST	Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires
IEG	Industries électriques et gazières
IF	Indemnités forfaitaires
IFD	Indemnité forfaitaire de déplacement
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IK	Indemnités kilométriques
INCa	Institut national du cancer
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche
IPA	Indicateurs de pilotage d'activité
IPAQSS	Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
IRC	Insuffisance rénale chronique
IRCANTEC	Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités
IRCT	Insuffisance rénale chronique terminale
IRM	Imagerie à résonance magnétique
L.	Loi
LAD	Lecture automatique de document
LFSS	Loi de financement rectificative de la sécurité sociale
LO	Loi organique
MAU	Majoration pour acte unique
MCI	Majoration de coordination infirmière
MCOO	Médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie
MIGAC	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
MSA	Mutualité sociale agricole
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
NHS	<i>National Health Service</i>
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODASS	Organisme dépendant des assurances sociales
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PACS	Pacte civil de solidarité
PAERPA	Parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PIB	Produit intérieur brut

PLANIR	Plan local d'accompagnement du non-recours aux droits, aux services et aux soins, des incompréhensions devant la complexité des démarches et/ou des informations médico-administratives et des ruptures engendrées par le fonctionnement même du service public
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRS	Projet régional de santé
R.	Règlement
RALFSS	Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale
RATP	Régie autonome des transports parisiens
REIN	Réseau épidémiologique et information en néphrologie
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SASPA	Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées
SGMAS	Secrétariat général des ministères chargé des affaires sociales
SLM	Section locale mutualiste
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SNCF	Société nationale des chemins de fer
SNIR	Système national inter régimes
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
T2A	Tarifification à l'activité
TCDC	Tableau de centralisation des données comptables
TSA	Taxe de solidarité additionnelle
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UCANSS	Union des caisses de sécurité sociale
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
URSSAF	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

