

## Synthèse

Sécurité sociale 2011

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

#### ■ Avertissement

Cette synthèse est destinée à faciliter la lecture et l'utilisation du rapport de la Cour des comptes.

Seul le rapport engage la Cour des comptes.

Les réponses des administrations et des organismes concernés sont insérées dans le rapport.

<b>Présentation.....</b>	<b>5</b>
--------------------------	----------

## **Première partie - La situation des comptes sociaux**

1 - Les déficits et l'endettement de la sécurité sociale en 2010.....	8
2 - L'objectif national des dépenses d'assurance maladie en 2010.....	12
3 - Le financement des déficits sociaux.....	14

## **Deuxième partie - Les dépenses de soins et leur maîtrise**

4 - La maîtrise des dépenses de médicaments.....	18
5 - La répartition territoriale des médecins libéraux.....	22
6 - Le rôle des sages-femmes dans le système de soins.....	26
7 - Tarification à l'activité et convergence tarifaire.....	30
8 - Le financement des centres hospitalo-universitaires (CHU).....	34
9 - Les coopérations hospitalières.....	38

## **Troisième partie - Couverture obligatoire et protection facultative**

10 - La prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale.....	42
11 - Les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire.....	46
12 - Les aides publiques à l'épargne retraite.....	50

## **Quatrième partie - La qualité de gestion des caisses et des régimes**

13 - La productivité dans les organismes de sécurité sociale du régime général.....	54
14 - Les prestations servies par la branche famille pour le compte de l'Etat et des départements.....	58
15 - La réorganisation de la Mutualité sociale agricole.....	62
16 - Le suivi de la gestion du parc immobilier du régime général.....	66
17 - Les contrôles de caisses dans le cadre du réseau d'alerte.....	70

# Présentation

*Défini notamment par l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières, le rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale présente le résultat des travaux de la Cour des comptes sur la sécurité sociale.*

*Jamais le déficit de celle-ci n'a atteint un niveau aussi élevé qu'en 2010 avec un montant de 29,8 Md€. Il a plus que triplé en deux ans (-8,9 Md€ en 2008).*

*Pour l'essentiel, ces déficits se sont concentrés sur le régime général, dont toutes les branches ont vu leur déficit augmenter, et sur le FSV, chroniquement sous-financé. Mais le déséquilibre de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles, qui a dû être financé par recours à un emprunt bancaire, est également extrêmement préoccupant.*

*Le niveau exceptionnellement élevé des déficits ne s'explique que partiellement par la crise économique. Les facteurs structurels expliquent environ 0,7 point d'un déficit du régime général qui a représenté 1,2 point de PIB en 2010.*

*Leur accumulation entretient une spirale d'accroissement de la dette sociale : l'endettement du régime général préfinancé par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) a doublé d'une année sur l'autre pour atteindre 49,5 Md€ et celui porté par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) est de 86,7 Md€, soit un total de 136,2 Md€ fin 2010.*

*Comme l'a déjà exprimé la Cour, notamment dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juin dernier, le déficit de la sécurité sociale constitue en soi une anomalie. Aucun de nos grands voisins européens n'accepte des déséquilibres durables de sa protection sociale.*

*La Cour a cherché à mettre en perspective les modalités de financement de la dette sociale depuis la création de la CADES en 1996, dont le coût en termes de charges d'intérêts s'est élevé à 30 Md€ depuis l'origine. Ce dispositif exceptionnel de cantonnement de dette, en principe limité dans le temps et financé par un prélèvement spécifique, s'est banalisé avec la récurrence et l'importance grandissante des transferts de dettes fixés désormais à 260 Md€, le doublement de la durée de vie de la caisse et aussi le faible niveau actuel des taux d'intérêt qui rend plus indolore le poids de l'endettement. Devenu déresponsabilisant, ce système a été poussé à ses limites, alors même qu'en l'état actuel de la trajectoire prévue pour le redressement des comptes sociaux des déficits supplémentaires devront être repris.*

*Revenir à l'équilibre des comptes sociaux est ainsi un impératif. L'accélération du redressement doit s'accompagner du rétablissement d'un lien fort entre le déficit d'une année et les ressources supplémentaires affectées à la CADES pour en assurer le financement. La Cour propose d'instituer, par une modification de loi organique et*

# Présentation

*dans le cadre d'un calendrier précis et fiable de retour à l'équilibre des comptes sociaux, un transfert automatique à la CADES en fin d'année de la part de l'endettement de l'ACOSS correspondant au déficit du régime général et du FSV.*

*L'effort accru de rétablissement des comptes doit par priorité concerner l'assurance maladie, dont le déficit représente près de la moitié de celui du régime général. Certes l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été respecté en 2010, pour la deuxième fois seulement depuis son institution. Ce résultat en soi positif, s'il est dû à un pilotage plus fin et plus ferme de la dépense, est aussi lié à des facteurs circonstanciels. La tenue dans la durée d'un ONDAM resserré nécessite d'amplifier considérablement les efforts et de mobiliser avec constance toutes les marges d'efficience possibles.*

*La Cour s'est ainsi attachée à analyser dans quels domaines et selon quelles modalités une maîtrise plus stricte de la croissance des dépenses de soins serait nécessaire.*

*Le rapport examine en premier lieu la problématique de la maîtrise des dépenses de médicament, d'un niveau particulièrement élevé dans notre pays, et appelle à une refonte d'ensemble de la politique suivie à cet égard.*

*Il s'intéresse ensuite aux professions de santé. Il n'y a jamais eu autant de médecins en France et leur nombre augmentera de nouveau après un creux d'ampleur et de durée plus limitées qu'on ne le croit, mais leur inégale répartition appelle des mesures fortes. De même, le nombre de sages-femmes a quasiment doublé depuis 1990 et une complémentarité mieux articulée avec les autres professionnels de la naissance serait de nature à valoriser les compétences respectives de ces professions médicales.*

*Dans le système hospitalier, des marges de progrès importantes existent. La tarification à l'activité devrait bien davantage dynamiser la gestion des établissements grâce à une meilleure connaissance des éléments de sous compétitivité et une limitation de la croissance des dotations forfaitaires. Les centres hospitaliers universitaires (CHU) doivent être incités à considérablement intensifier leurs efforts de réorganisation interne dès lors notamment que leur spécificité en matière de soins apparaît en réalité limitée. Les coopérations hospitalières devraient enfin apporter une contribution accrue à une meilleure utilisation et à la qualité de l'offre de soins par un pilotage plus affirmé.*

*Le rapport aborde ensuite certains aspects de l'articulation entre protection obligatoire et protection facultative.*

*En analysant les multiples modalités de prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire, notamment celles liées aux affections de longue durée la Cour a constaté que le dispositif actuel se révèle complexe, peu cohérent et inefficace tout en étant coûteux.*

*La Cour s'est intéressée aussi aux dispositifs d'aide publique au financement de la couverture maladie complémentaire d'une part, de l'épargne retraite d'autre part dont le ciblage doit être amélioré.*

*Enfin, elle s'est penchée sur la qualité de la gestion des caisses et des régimes de sécurité sociale. Elle a centré ses travaux sur la productivité des organismes du régime général et analysé les progrès, réels mais relativement peu ambitieux des dernières années. Les marges demeurent considérables et doivent impérativement être mobilisées avec détermination. Dans ce contexte, l'optimisation de la gestion immobilière des caisses, dont l'enjeu est important, n'est encore qu'esquissée. La restructuration du réseau de la mutualité sociale agricole reste également à parfaire. Sur un autre plan, la branche famille, qui est devenue majoritairement un opérateur au service de l'Etat et des départements, doit améliorer ses coûts de gestion et se doter d'une comptabilité analytique.*

*La réduction rapide des déficits sociaux et le retour à un équilibre durable, qui ne fasse plus peser sur la génération à venir le poids de la dette sociale, supposent ainsi un effort de réforme multiple dans ses points d'application, continu dans sa durée et d'une ampleur à la hauteur des enjeux que représente la nécessité de préserver le haut degré de protection sociale de notre pays. ■*

# Cour des comptes

## 1 Les déficits et l'endettement de la sécurité sociale en 2010

En 2010, la sécurité sociale a enregistré des déficits sans précédent, supérieurs à ceux, déjà historiques, de 2009.

En 2010, les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV<sup>(1)</sup>) ont dégagé, ensemble, un déficit record de 29,8 Md€.

Pour l'essentiel, soit 28 Md€, ce déficit est concentré sur le régime général de sécurité sociale et le FSV, ce qui représente 1,5 % du PIB et 7,7 % des charges (principalement formées de prestations sociales).

- Deux branches du régime général ont enregistré de très lourds déficits : -11,6 Md€ pour la maladie (7,5 % des charges) et -8,9 Md€ pour la vieillesse (8,7 % des charges).

- La situation du FSV est particulièrement dégradée : son déficit (-4,1 Md€) a représenté 23,3 % de ses charges. Le FSV est structurellement sous-financé, ce qu'a encore aggravé le transfert de 0,2 point de CSG à la CADES en 2009 (perte de 2,2 Md€).

Le tableau ci-après résume la situation.

Situation des comptes du régime général et du FSV

En Md€

	2010	2009	Variation
<b>Régime général</b>	<b>- 23,9</b>	<b>- 20,3</b>	<b>- 3,6</b>
Maladie	- 11,6	- 10,6	- 1,0
AT	- 0,7	- 0,7	-
Famille	- 2,7	- 1,8	- 0,9
Vieillesse	- 8,9	- 7,2	-1,7
<b>FSV</b>	<b>- 4,1</b>	<b>- 3,2</b>	<b>- 0,9</b>
<b>RG + FSV</b>	<b>- 28,0</b>	<b>- 23,5</b>	<b>- 4,5</b>

Source : comptes des branches du régime général et du FSV

(1) Qui prend en charge les avantages de retraite relevant de la solidarité nationale (par exemple, le minimum vieillesse).

# Les déficits et l'endettement de la sécurité sociale en 2010

D'autres régimes que le régime général ont, eux aussi, dégagé de lourds déficits :

- la branche retraite du régime des exploitants agricoles a enregistré un déficit très important (-1,3 Md€, soit 14,3 % des charges). Elle a dû s'endetter pour assurer la continuité du versement des prestations ;

- en 2010, la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) a connu pour la première fois un important déficit (0,5 Md€, soit 2,9 % des charges).

## La loi de financement de la sécurité sociale rectificative pour 2011 prévoit un redressement très partiel des comptes

Selon les prévisions associées à cette loi :

- parmi les quatre branches du régime général, seule la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles reviendrait à l'équilibre en 2011, grâce au relèvement des taux de cotisation. Les autres branches, y compris la branche famille, demeureraient en déficit ;

- en 2014, le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse dégageraient encore un déficit de près de 21 Md€ au total.

Le redressement des comptes est lui-même tributaire de l'absence d'accident de conjoncture économique

et d'un strict respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), qui augmenterait au plus de 2,8 %. A cet égard, il est positif que la progression des charges de prestations légales relevant de l'ONDAM ait été conforme aux objectifs fixés.

## L'endettement social atteint des niveaux très élevés

A titre principal, l'endettement social est porté par la CADES et par l'ACOSS :

- à fin 2010, il restait à la CADES 86,7 Md€ de dettes sociales à rembourser. En effet, depuis sa création en 1996, 134,6 Md€ de dettes sociales ont été transférées à la CADES et la caisse en a remboursé 47,9 Md€. Ces montants ne tiennent pas compte du transfert, dans la limite de 130 Md€, de dettes sociales relatives aux exercices 2009 à 2018 décidé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 ;

- à fin 2010, l'endettement (net) du régime général porté par l'ACOSS a doublé par rapport à fin 2009 pour atteindre 49,6 Md€. Cette situation découle des déficits massifs des branches du régime général et du FSV pour 2009 et 2010 (50,1 Md€), qui ne sont transférés à la CADES qu'en 2011.

# Les déficits et l'endettement de la sécurité sociale en 2010

## L'information du Parlement sur les comptes sociaux demeure perfectible

En application des lois organiques, la Cour émet, dans son rapport annuel sur la sécurité sociale, un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre, et pour la première fois en 2011 (compte 2010), un avis sur la cohérence du tableau patrimonial de la sécurité sociale.

Les tableaux d'équilibre retracent les produits, les charges et les résultats des régimes de sécurité sociale pris dans leur ensemble, des branches du régime général et du FSV. Le tableau patrimonial retrace notamment l'ensemble des actifs et passifs financiers de la sécurité sociale : tous régimes de base, FSV, CADES et fonds de réserve des retraites (FRR).

Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial sont soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi annuel de financement de la sécurité sociale.

La Cour estime que les tableaux relatifs à 2010 qui seront soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 reflètent correctement les résultats et l'endettement de la sécurité sociale.

Elle relève cependant le caractère perfectible des informations qu'ils contiennent :

- dans le cas notamment des tableaux d'équilibre, la qualité des informations est affectée par les constats sous-jacents aux refus de certification des comptes et aux réserves sur les comptes des régimes de sécurité sociale exprimés par leurs auditeurs externes (Cour des comptes pour le régime général et commissaires aux comptes pour les autres régimes) ;

- s'agissant des tableaux d'équilibre, le Parlement ne reçoit pas d'informations détaillées sur la consistance des produits et des charges qui y sont retracés (sous la forme de montants globaux), ni sur les modalités d'élaboration de ces documents (notamment les contractions de produits et de charges par rapport aux comptes des régimes) ;

- dans le cas du tableau patrimonial, les informations ne sont pas parfaitement homogènes en raison de différences de pratiques de comptabilisation entre les organismes sociaux.

## Recommandations

### Relatives à l'équilibre des comptes sociaux

→ 1. Revenir à l'équilibre des comptes sociaux selon un calendrier rapproché. En conséquence, intensifier la maîtrise des dépenses sociales, notamment d'assurance maladie et augmenter les recettes en agissant prioritairement sur les « niches » sociales.

→ 2. Mettre fin au sous-financement structurel du FSV.

→ 3. Affecter des ressources supplémentaires à la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles afin d'assurer un équilibre pérenne de ses comptes et son désendettement.

### Relatives à l'information du Parlement sur les comptes sociaux

→ 4. Intégrer aux annexes de la loi ou du projet de loi de financement de la sécurité sociale une ventilation détaillée des produits et des charges, indiqués dans les tableaux d'équilibre sous la forme de montants globaux.

→ 5. Pour l'élaboration des tableaux d'équilibre, éliminer l'ensemble des transferts internes et mettre fin aux pratiques de contraction de produits et de charges. Si les contractions visant à assurer une présentation à caractère économique de l'évolution des produits et des charges devraient être confirmées, il conviendrait alors de développer l'information du Parlement sur les règles d'élaboration des tableaux d'équilibre (nature des règles ; nature et portée des changements).

→ 6. Parfaire l'information procurée par le tableau patrimonial, en homogénéisant les méthodes de comptabilisation des opérations de même nature entre les entités de son périmètre et en améliorant la présentation des postes d'actif non financier.

## 2 L'objectif national des dépenses d'assurance maladie en 2010

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été institué en 1996 afin de réguler les dépenses de santé financées par la sécurité sociale.

### Un pilotage plus ferme

Déterminé chaque année lors du vote de la loi de financement de la sécurité sociale, son élaboration et sa gestion s'inscrivent désormais dans le cadre d'orientations dont la portée prescriptive a été renforcée tant au niveau du cadrage pluriannuel par les lois de programmation des finances publiques que de la gestion infra-annuelle, notamment par le renforcement des mécanismes d'alerte et la pratique de mises en réserve de crédits en début d'année.

La Cour a pu en constater les premiers effets pour la gestion de l'ONDAM en 2010.

### Un ONDAM respecté pour la première fois depuis 1997 et pour la seconde fois depuis son institution

Le taux d'évolution de l'ONDAM a été fixé à 3 % en 2010, pour un montant de 162,4 Md€. Cette évolution est moindre que celle de 2009 (+3,3 %)

mais supérieure à celle votée pour 2011 (+ 2,8 %). Les économies attendues pour l'ONDAM 2010 représentaient 2,2 Md€, dont 1,8 Md€ au titre des soins de ville et près de 0,4 Md€ au titre de l'ONDAM hospitalier.

Rapporté aux réalisations des années précédentes, le respect de l'ONDAM de 2010 impliquait une décélération assez nette des dépenses, en particulier pour les établissements de santé.

Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2011, les réalisations de l'ONDAM, encore provisoires à ce stade, ont été de 162,0 Md€ en retrait de 0,4 Md€ par rapport à l'objectif arrêté.

Ce résultat constitue en soi un facteur positif.

### De nouvelles mesures de régulation à effet immédiat qui ont contribué à ce résultat

L'année 2010 a vu l'introduction de gels de dotations en cours d'année, portant sur des montants significatifs (734 M€). Ces économies supplémentaires ont concerné les soins de ville à hauteur de 110 M€, l'ONDAM hospitalier à hauteur de 524 M€ et l'ONDAM médico-social pour 100 M€.

# L'objectif national des dépenses d'assurance maladie en 2010

## Des éléments de fragilité doivent inciter à la vigilance pour 2011 et 2012

Le respect de l'ONDAM a tenu aussi à une combinaison d'éléments aléatoires ou particuliers à l'année 2010, (contexte grippal favorable, économies de constatation sur un fonds de l'assurance maladie, absence de revalorisation significative d'honoraires de professions de santé). Ce résultat demeure donc en définitive assez fragile.

## Des modalités d'élaboration encore insatisfaisantes

Les étapes de la construction de l'ONDAM (détermination de la base de référence, des évolutions tendancielle et des mesures d'économies associées à la fixation d'un objectif) ne sont pas menées selon une méthodologie suffisamment rigoureuse et contribuent à fragiliser l'ONDAM. L'information du Parlement sur ce processus d'élaboration devrait être complétée.

## Recommandations

➔7. Expliciter complètement les hypothèses techniques qui sous-tendent l'élaboration de l'ONDAM, de manière à en garantir la solidité et la transparence.

➔8. Rendre plus rigoureux et transparent le calcul des taux d'évolution tendancielle, en engageant un travail d'harmonisation des méthodes applicables au secteur hospitalier et aux soins de ville et d'analyse de facteurs de plus long terme, notamment la démographie médicale, l'innovation pharmaceutique et les anticipations de départs à la retraite dans la fonction publique hospitalière.

➔9. Extraire l'ensemble des dépenses non régulées du périmètre de l'ONDAM (recommandation réitérée).

➔10. Assurer effectivement le suivi des mesures d'économies, en particulier pour celles qui concernent l'ONDAM hospitalier.

➔11. Présenter le constat de l'ONDAM selon les sous-objectifs définis par la LFSS (recommandation réitérée).

## 3 Le financement des déficits sociaux

Les déficits récurrents de la sécurité sociale ont conduit à pérenniser et à modifier en profondeur le dispositif mis en place en 1996 avec la création de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Celle-ci n'avait pas vocation à perdurer au-delà de 2009, après avoir remboursé grâce à un prélèvement spécifique, la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), les emprunts nécessaires au financement des déficits sociaux.

### Une progression continue de la dette sociale

#### *Un régime général structurellement en déficit*

Depuis la création de la CADES, le régime général a connu 13 années de déficit en 16 ans. Ces déficits persistants s'expliquent d'abord par leur composante structurelle. En 2010, plus de la moitié du déficit du régime général relève de facteurs structurels (environ 0,7 point sur 1,2 point de PIB).

#### *Une spécificité française*

Ce déficit constant et structurel du régime général distingue la France de ses voisins européens. En 2010, le besoin de financement des administrations sociales françaises (-1,2 point de PIB) est le plus élevé de la zone euro (-0,1 point de PIB).

#### *Une multiplication en corollaire des reprises de dettes*

L'accumulation de déficits conduit inéluctablement à de nouveaux transferts de dettes à la CADES. La dernière reprise de dettes votée fin 2010 (130 Md€) double le volume de dettes à amortir (260 Md€). Depuis sa création, la dette transférée à la CADES aura quasiment quadruplé en points de PIB, de 3,7 à 13,4 points, et la durée de sa mission, repoussée désormais jusqu'en 2025, aura plus que doublé, de 13 à 30 ans.

#### *La spirale de la dette sociale*

Depuis 2003, la somme de la dette sociale portée par la CADES et du cumul des déficits sociaux portés en trésorerie par l'ACOSS a triplé et s'élève à 136,2 Md€ fin 2010.

La dette sociale continuera à augmenter tant que les déficits sociaux dépasseront chaque année la capacité d'amortissement de la CADES (11,4 Md€ en 2011).

### Une transformation profonde de l'ACOSS et de la CADES

Chargée d'assurer la gestion de la trésorerie des différentes branches du régime général, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) porte temporairement des déficits

sociaux croissants. En 5 ans, son endettement moyen a presque quadruplé, de 8,8 Md€ à 33,3 Md€, dépassant très largement les besoins de trésorerie. Il a atteint fin 2010 le niveau exceptionnel de 50 Md€, soit 2,5 points de PIB.

Par ailleurs, la CADES, est devenu un émetteur pérenne comparable à un état moyen de la zone euro, avec un programme d'émission annuelle de moyen et long terme de 30 à 35 Md€ en 2011 et 2012. Le plafond de reprise de dettes par la CADES en 2011 (68 Md€) est comparable au déficit public de l'Allemagne en 2009, année de récession. La seule charge d'intérêt payée depuis l'origine par la CADES (30 Md€) représente un montant comparable à une croissance de 1,5 % du PIB français.

## Une dette sociale financée sans rupture pendant la crise financière

### *Une désintermédiation des financements de l'ACOSS*

Le changement de dimension des déficits sociaux et les contraintes accrues issues de la crise financière sur son financeur historique, la caisse des dépôts et consignations (CDC), ont conduit l'ACOSS à se financer directement sur les marchés financiers.

A partir de fin 2006, l'ACOSS est devenu rapidement le premier émetteur sur le marché des billets de trésorerie et a élargi ses financements en 2010 au

marché européen des titres de créances négociables. La part de la CDC dans la couverture de ses besoins de trésorerie sera passée de 100 % dans la première moitié des années 2000 à 61% en 2010. Elle devrait avoisiner 40% en valeur relative en 2011.

### *Un coût de financement de la CADES comparable à celui de l'Etat sur les 5 dernières années*

La CADES a réussi à compenser les écarts de coûts par rapport aux titres d'Etat sur les émissions en euros (« spreads »).

## Un modèle de financement de la dette sociale qu'il est impératif de mieux encadrer

### *Un financement de moins en moins lisible*

Le quintuplement des recettes de la CADES, de 3,2 Md€ en 1996 à 15,2 Md€ en 2011, a permis de porter sa capacité d'amortissement annuelle de 2,2 Md€ à 11,4 Md€. Cette forte progression s'est faite sans augmentation du prélèvement créé à cette fin, la CRDS, mais principalement par des transferts de quotes-parts de CSG, et, à partir de 2011, du produit de la liquidation progressive du FRR (2,1 Md€ par an).

De plus, le traitement des déficits est de plus en plus globalisé et étalé dans le temps. C'est ainsi que le dispositif de reprise de dettes voté à l'automne 2010

porte sur les déficits d'une décennie, de 2009 à 2018, dont les déficits prévisionnels de la branche retraite et du FSV de 2012 à 2018.

L'allongement de la durée d'amortissement de la dette sociale a un coût ignoré en charge d'intérêt. Les quatre années supplémentaires décidées récemment se traduisent par un surcroît de la charge d'intérêt de l'ordre de 19 Md€ à l'extinction de la dette sociale, soit un coût équivalent à 15% du montant de la reprise de la dette votée.

## *Un financement exposé à la remontée des taux*

Les hausses de taux se répercuteront sans délai sur les coûts de financement historiquement bas de l'ACOSS (0,8 % en 2010). Par ailleurs, la désintermédiation de ses financements lui a transféré un risque accru de liquidité.

Ces taux d'intérêt bas ont aussi bénéficié en 2010 à la CADES, dont le taux de financement global s'est élevé à 3,56 %. Ces niveaux n'ont cependant pas vocation à perdurer sur la durée d'amortissement de la dette sociale.

Une remontée des taux d'intérêt de 100 points de base aurait pour effet un accroissement immédiat de la charge d'intérêt annuelle de la dette sociale de plus de 500 M€.

## *Des déficits prévisionnels non traités au delà de 2011*

Les projections associées au projet de loi de financement rectificative de juin dernier prévoit des déficits cumulés

du régime général et du FSV de 87,2 Md€ de 2011 à 2014. La reprise de dettes de fin 2010 n'en couvre que 64 %, conduisant près de 32 Md€ de déficits prévisionnels de 2011 à 2014, dont 80 % au titre de l'assurance maladie, devront être inévitablement repris par la CADES en l'absence de mesures fortes et rapides de redressement.

## Rendre plus responsable et plus lisible le cadre de financement par une réforme de la loi organique

Une programmation précise et fiable d'un retour à l'équilibre des comptes sociaux doit être accompagnée du rétablissement d'un lien fort entre le déficit d'une année et la ressource supplémentaire affectée à la CADES pour en assurer l'amortissement, en privilégiant à cet égard un relèvement de la CRDS. Une réforme de niveau organique pourrait prévoir de transférer sans délai à la CADES les déficits sociaux constatés en fin d'année en privilégiant une augmentation de la CRDS.

En accompagnement de cette réforme, les découverts votés en loi de financement devraient être réservés à la seule couverture des variations infra-annuelles de trésorerie pour mettre fin au préfinancement par l'ACOSS des déficits sur plusieurs exercices.

## Recommandations

→ 12. Prévoir par une disposition de loi organique un transfert automatique à la CADES en fin d'année de la part de l'endettement de l'ACOSS correspondant au déficit du régime général et du FSV, dans le cadre d'une programmation précise et fiable de retour à l'équilibre des comptes sociaux.

→ 13. Préciser la stratégie financière de l'ACOSS ; la doter d'un cadre prudentiel adapté et des outils de contrôle interne appropriés à la désintermédiation croissante de ses

financements et à la maîtrise de ses risques.

→ 14. Privilégier à l'avenir un relèvement de la CRDS pour financer tout nouveau transfert de dette sociale à la CADES.

→ 15. Réserver en conséquence les plafonds d'avances votés en PLFSS à la seule couverture des besoins infra-annuels de trésorerie.

→ 16. Compléter les indicateurs de la LFSS par le coût en intérêts de la dette et la performance propre de la gestion de la CADES.

## 4 La maîtrise des dépenses de médicaments

### Des dépenses de médicaments structurellement élevées

En 2009 les Français ont dépensé près de 36 Md€ en médicaments, soit 18% de plus que cinq ans auparavant :

- 27,1 Md€ de médicaments remboursables dispensés en ville ;
- 3,1 Md€ de médicaments non remboursables également dispensés en ville ;
- 5,7 Md€ de médicaments délivrés à l'hôpital.

En vingt ans, de 1990 à 2009, cette forte progression est résultée surtout d'une augmentation de 125% du prix moyen de vente sur la période, passé de 3,09€ à 6,95€, soit plus qu'un doublement des prix, l'inflation sur la même période s'élevant à 37%<sup>(2)</sup>. Cette présentation intègre dans l'effet prix l'effet de la déformation structurelle de la consommation au profit de nouvelles molécules onéreuses.

Le comité économique des produits de santé (CEPS) isole à cet égard, à côté d'un effet volume et d'un effet prix stricto sensu, un effet dit de structure qui prend en compte l'apparition de produits nouveaux et chers et la propension des prescripteurs à privilégier ces produits. Entre 2000 et 2009, selon le CEPS, l'effet prix stricto

sensu s'est établi à -14,9% et l'effet structure à +84,9%.

En dépit du ralentissement du taux de progression de la dépense de médicaments observé depuis 2005, la dépense pharmaceutique par habitant reste en France très supérieure à celle de nos voisins, sans que l'état de santé de la population soit significativement différent. Elle est de plus en plus largement prise en charge par l'assurance maladie : en sept ans, le taux moyen de prise en charge est passé de 73,6 à 77,3% du fait en particulier de la progression du nombre de personnes en ALD.

### Une politique d'admission au remboursement et de fixation des prix insuffisamment rigoureuse.

Les procédures sont particulièrement complexes. Elles mettent à contribution la commission de la transparence rattachée à la HAS qui émet deux avis scientifiques distincts portant, d'une part, sur le service médical rendu par le produit (SMR) et, d'autre part, sur l'amélioration du service médical rendu (ASMR) en comparaison avec d'autres produits déjà sur le marché. En fonction de cet avis et

(2) Source IMS Health, Eco Santé 2010

# La maîtrise des dépenses de médicaments

sans être lié par lui, le ministre décide de l'inscription au remboursement des médicaments. Le directeur de l'UNCAM fixe le taux de remboursement en fonction du niveau d'ASMR. Enfin le CEPS, comité administratif placé sous l'autorité des ministres, fixe le prix.

Un tel système permet certes de disposer dans les meilleurs délais de toutes les nouveautés thérapeutiques, quels que soient leur valeur et leur intérêt, mais il est aussi à l'origine d'anomalies coûteuses facilitées par une interprétation parfois extensive des dispositions réglementaires.

C'est ainsi que les médicaments ayant un niveau de SMR insuffisant ne devraient pas, en application de l'article R. 163-3 du code de la sécurité sociale, être remboursés par la sécurité sociale obligatoire : cela n'est pas toujours le cas comme en témoignent les exemples du Fonlipol® ou du Mediator®. Par ailleurs en avril 2010 a été créé un nouveau taux de prise en charge à 15% pour ne pas totalement dérembourser toute une classe de médicaments (en l'occurrence les vasodilatateurs périphériques) qui ont tous obtenu, lors de leur réévaluation systématique entre 1999 et 2001, un SMR insuffisant. Cette mesure a un coût net pour la sécurité sociale de 35 M€ par an.

De même, aux termes de l'article R. 163-5-I-2° du code de la sécurité sociale, les médicaments qui n'apportent ni ASMR par rapport aux produits

existants, ni économie dans le coût des traitements ne peuvent obtenir des prix supérieurs à ces derniers.

Le CEPS a cependant adopté un raisonnement lui permettant d'attribuer un prix élevé à un produit sans ASMR en invoquant une économie globale qui en résulterait. Il se reconnaît par ailleurs la faculté d'accorder une ASMR à un produit auquel la commission de la transparence n'en a pas attribué. Il s'appuie pour cela sur une interprétation souple d'une décision du Conseil d'Etat de 2002<sup>(3)</sup>.

Pour sa part, la commission de la transparence indique parfois que certains médicaments qui ne font preuve d'aucune ASMR constituent cependant « des alternatives thérapeutiques utiles » sur la base de critères non précisés, ce qui conduit le CEPS à accepter pour ces produits, en contradiction avec les textes, des prix supérieurs à ceux des traitements existants. Une telle situation reflète une articulation très défailante de ces deux institutions qui induit des dépenses coûteuses pour l'assurance maladie et des risques pour certains assurés comme cela est attesté tout récemment encore par l'exemple du Multaq®.

Il en résulte que les prix finalement constatés sont souvent incohérents entre eux au sein d'une même classe thérapeutique.

Ce dispositif souffre aussi de l'absence de démarche d'évaluation médico-économique, contrairement à

(3) Décision du Conseil d'Etat du 23 octobre 2002 Société des laboratoires Mayoly Spindler

# La maîtrise des dépenses de médicaments

nombre de nos voisins qui déclarent prendre en compte, dans la fixation des prix, à la fois le rapport coût-efficacité du produit et l'impact budgétaire. Cela a pu conduire à prendre en charge en France des médicaments qui ont été refusés dans d'autres pays en raison d'une efficacité insuffisamment prouvée ou d'un prix trop élevé. A titre d'exemple, en février 2011, le NICE<sup>(4)</sup> a estimé, sur la base d'un ratio coût-efficacité présenté par le fabricant de 103 000£ (118 000€) par année de vie gagnée en bonne santé, qu'Avastin® ne pouvait être remboursé dans le traitement du cancer du sein.

La nécessité de prendre en compte l'évaluation médico-économique implique d'élargir au plus vite les compétences attribuées à la HAS en 2008.

## Les faiblesses persistantes des dispositifs de régulation

Seule action véritablement structurelle menée avec continuité sur plus de dix ans, la politique de développement des génériques n'a connu que des résultats limités par rapport aux autres pays européens et s'essouffle désormais. Leur diffusion recule même dans certaines classes thérapeutiques. Fondée sur une définition restrictive, reposant intégralement sur l'incitation financière qu'ont les pharmaciens à opérer la substitution, à

défait d'avoir pu réussir à mobiliser le corps médical, insuffisamment réactive parfois dans les ajustements de prix des princeps, ses failles ont permis l'émergence de la part des laboratoires de contre-stratégies offensives par la mise sur le marché de spécialités faiblement différentes de celles dont le brevet tombait (qualifiées par le CEPS de « contre génériques ») et le développement de la visite médicale pour inciter les médecins à les prescrire.

Les multiples dispositifs contractuels mis en place aussi bien avec la médecine de ville qu'avec l'hôpital n'ont de fait pas substantiellement infléchi une culture de prescription qui privilégie les médicaments récents et chers et se singularise par l'importance du « hors AMM ». La prescription hospitalière en particulier échappe à toute maîtrise effective.

Les mesures de régulation économique pesant sur les laboratoires, les assurés ou les pharmaciens ne sont que des palliatifs aux résultats imparfaits. Leur multiplicité et leur répétition témoignent qu'elles ne sont pas, et de loin, à la hauteur des enjeux.

Le déficit sans précédent de l'assurance maladie appelle de fait une refonte d'ensemble de la politique suivie depuis vingt ans, avec pour objectif non pas seulement l'infléchissement du rythme de croissance de la dépense de médicaments, mais sa baisse.

(4) Le NICE (National institute for health and clinical excellence) est l'équivalent de la HAS au Royaume-Uni.

## Recommandations

→17. Inclure dans le code de la sécurité sociale les conditions d'éventuelle dérogation au principe de non remboursement des médicaments qui ont un niveau de service médical rendu insuffisant.

→18. Définir des règles relatives à l'évaluation des médicaments qui permettent d'établir un lien cohérent entre cette évaluation, l'admission au remboursement et le prix fixé pour les spécialités, en :

- abandonnant le recours à la mention « alternative thérapeutique utile » ou tout dispositif d'effet analogue ;

- liant le CEPS par l'avis de la commission de transparence et en ne lui permettant pas, pour certains médicaments, de fonder ses décisions sur un niveau d'ASMR différent de celui déterminé par cet avis, tout en préservant sa liberté de fixation des prix ;

- prenant en compte systématiquement des études d'ordre médico-économiques pour tous les produits innovants .

→19. Appliquer strictement des règles homogènes pour l'admission au remboursement et la fixation des prix des médicaments.

→20. Réviser en temps que de besoin et dans des délais courts le niveau de prise en charge et le prix en fonction des évolutions des SMR et ASMR, ou de l'environnement concurrentiel tels que la sortie de génériques ou l'apparition de nouvelles stratégies thérapeutiques alternative.

→21. Appliquer des prix uniques pour les princeps, leurs génériques et les équivalents thérapeutiques que sont les « me-too » et les contre-générique.

→22. Donner à l'AFSSAPS la possibilité d'exiger du laboratoire le dépôt d'une demande d'AMM pour certaines indications, notamment quand les prescriptions hors AMM représentent 15 % et plus des volumes vendus, hors dispositifs prévus par la réglementation.

→23. Mettre en œuvre une gestion active de la « liste en sus », tant dans sa composition, la détermination des prix des produits qui y sont inscrits que dans le suivi de leur prescription.

→24. Mettre en place dans les établissements de santé un mécanisme de régulation de la prescription qui implique directement les médecins.

## 5 La répartition territoriale des médecins libéraux

Il n'y a jamais eu, en France, autant de médecins qu'aujourd'hui ni une densité médicale aussi forte. Pour autant, une inquiétude se développe quant à une pénurie. Ce constat paradoxal résulte de la persistance des inégalités de répartition des médecins.

### Une augmentation globale du nombre de médecins jusqu'en 2010

Jusqu'à aujourd'hui, le nombre de médecins a augmenté plus rapidement que la population. Il était de 209 000 en 2009 dont 116 000 médecins libéraux : 61 000 généralistes et 55 000 spécialistes. La densité globale de médecins est ainsi passée de 306 pour 100 000 habitants en 1990 à 335 en 2009. Pour les seuls généralistes libéraux, la densité a augmenté plus faiblement sur la période (84 % en 1985, 87 % en 2007). Cependant, la disponibilité des médecins s'est réduite, notamment du fait de l'évolution des modes d'exercice.

### Des disparités géographiques fortes au niveau de microterritoires

La répartition géographique des médecins au niveau infra-départemental est particulièrement hétérogène, avec de grandes disparités entre pôles urbains et zones rurales isolées, ainsi qu'entre les centres des villes et certaines banlieues. Le recensement de ces zones sous-dotées n'est cependant pas encore totalement fiable.

### Une nouvelle hausse démographique après un creux démographique passager des prochaines années

Compte tenu des *numerus clausus* passés et présents<sup>(5)</sup>, les projections démographiques font apparaître un creux démographique de courte durée avec un niveau plancher de 188 000 médecins en 2019. Il sera suivi par une vigoureuse croissance démographique conduisant à un nombre évalué : entre 247 000 et 256 000 en 2060. Cette évolution très forte doit conduire à

(5) Et dans l'hypothèse du maintien d'un *numerus clausus* supérieur à 7 000 dans les années à venir.

# La répartition territoriale des médecins libéraux

s'interroger sur un éventuel abaissement à très court terme du numerus clausus.

Selon ces projections, les inégalités des densités médicales régionales seraient toutefois aussi marquées en 2030 qu'aujourd'hui.

## Une régulation par les flux de formation qui ne peut apporter qu'une réponse limitée.

Les épreuves classantes nationales (ECN), mises en place en 2004, remplacent les concours de l'internat. La progression du nombre d'internes n'a pas bénéficié aux régions les moins dotées. En outre, cette régulation par les flux de formation n'empêche pas qu'un nombre élevé de postes en médecine générale reste non pourvus en raison notamment de la pratique significative des redoublements de complaisance permettant d'obtenir une meilleure possibilité de choix l'année suivante.

Enfin, les jeunes médecins n'exercent pas forcément dans la région de leur formation d'internat en raison du principe de la liberté d'installation.

## Des mesures de régulation exclusivement incitatives

Financées par une pluralité d'acteurs (Etat, sécurité sociale, diverses collectivités locales), les aides incitatives, la plupart cumulables, se sont multipliées sans cohérence entre elles.

La plus importante résulte d'un avenant à la convention médicale de 2005 qui prévoit une majoration de 20 % de la rémunération des médecins généralistes libéraux exerçant en groupe dans les zones déficitaires (la mesure symétrique pénalisant les médecins en zone sur-dotée ayant été abandonnée). Le bilan de cette mesure coûteuse (de l'ordre de 20 M€/an pour 700 bénéficiaires environ avec un bonus moyen de 27 000€) fait apparaître de nombreux effets d'aubaine avec, en quatre ans, un apport net de seulement une cinquantaine de médecins dans les zones déficitaires.

Le contrat d'engagement de service public (CESP) en faveur des étudiants en médecine qui s'engagent, en contrepartie d'une allocation, à exercer dans une zone déficitaire connaît quant à lui un démarrage difficile.

Ces aides, très peu connues des intéressés, ne sont guère évaluées. Quand elles le sont, elles se révèlent inefficaces, car ne répondant pas aux freins à l'exercice en zone démedicalisée exprimés par les médecins, à savoir l'isolement et la difficulté pour le conjoint d'y trouver du travail.

## Une absence de régulation au niveau de l'installation

Dans de nombreux pays, des mesures pour limiter l'installation de médecins en zones sur-dotées existent. Des dispositions en ce sens avaient été prévues en 2008 mais elles ont échoué

# La répartition territoriale des médecins libéraux

suite à une importante grève des internes à l'automne 2007.

Le même sort a été réservé à des dispositions, pourtant à portée limitée, figurant dans la loi HPST de 2009.

Cette absence de régulation contraste avec la mise en place d'un dispositif visant à corriger les inégalités de répartition encore plus marquées que connaissent les infirmiers libéraux : à des aides à l'installation dans des zones sous-dotées vient s'ajouter une mesure conditionnant tout nouveau conventionnement en zone sur-dotée au départ préalable d'un infirmier déjà conventionné.

## Des potentialités organisationnelles insuffisamment exploitées

Les maisons de santé pluridisciplinaires et le renouvellement de l'organisation de la permanence des soins pourront permettre de rendre plus attractif l'exercice de la médecine en zone sous-dotée. La loi HSPT autorise par ailleurs de nouvelles formes de délégations de tâches entre professionnels de santé, notamment entre médecins et infirmiers sous la forme de protocoles de coopération.

Mais le bilan en est pour le moment décevant.

## La nécessité a minima d'une modulation de la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des médecins

Utiliser plus efficacement l'ensemble de la palette des dispositifs de régulation implique d'abord de disposer d'une cartographie pertinente des zones sous-dotées commune à tous les acteurs et mise à jour régulièrement.

Plus essentiellement, il y aurait lieu de reconsidérer les modalités de prise en charge des cotisations sociales des médecins en les modulant en fonction de leur implantation. Cette modulation devrait concerner l'ensemble des médecins, généralistes comme spécialistes, ceux déjà installés aussi bien que ceux sortant de formation, de telle façon que ces derniers n'aient pas à porter seuls des contraintes désormais nécessaires au regard des enjeux de santé publique.

## Recommandations

→ 25. Elaborer une nouvelle cartographie homogène des zones fragiles fondée sur un temps d'accès à un médecin généraliste et si possible à un médecin spécialiste, qui ne doit pas excéder un temps maximum donné.

→ 26. Rendre plus effectifs les dispositifs de régulation des flux de formation, notamment en réduisant le nombre de postes ouverts aux épreuves classantes nationales (ECN) et en diminuant les redoublements de complaisance.

→ 27. Développer la réflexion sur un éventuel abaissement du numerus clausus.

→ 28. Revoir l'avenant n° 20 à la convention médicale :

- en plafonnant le montant de l'aide ;

- en modulant la prise en charge des cotisations sociales des médecins, y compris ceux déjà installés, en fonction de leur répartition territoriale ;

→ 29. Consolider au niveau du ministère de la santé les données recueillies sur les aides dans les « guichets uniques » des ARS.

## 6 Le rôle des sages-femmes dans le système de soins

### Des compétences élargies

Les sages-femmes, qui interviennent à toutes les étapes de la grossesse d'une femme, sont des spécialistes de la grossesse physiologique, mais elles doivent être capables de diagnostiquer les situations « à risque ». En cas de grossesse pathologique (en lien avec un problème de santé maternel ou fœtal), elles peuvent intervenir mais ne le font que pour pratiquer les soins prescrits par un médecin. Depuis 2009, la loi les autorise à assurer le suivi gynécologique contraceptif et de prévention de leurs patientes.

### Un nombre croissant de sages-femmes

Le nombre total de sages-femmes a pratiquement doublé entre 1990 et 2010. Il est désormais de 19 200. Le nombre des sages-femmes libérales a triplé entre 1990 et 2010 tandis que le nombre de sages-femmes salariées a augmenté de 60 % en raison de la volonté de renforcer la sécurité dans le domaine

périnatal et de la plus grande palette d'activités exercées par ces dernières - même si d'autres facteurs peuvent expliquer cette croissance<sup>(6)</sup>.

Cette augmentation des effectifs se retrouve, quoique sous une forme atténuée pour la profession de gynécologue obstétricien et celle de gynécologue médical.

Les sages-femmes sont hospitalières à titre exclusif dans 75 % des cas, libérales dans 18 % des cas et salariées autres qu'hospitalières dans 7 % des cas<sup>(7)</sup>. Leur rôle est très différent selon leur mode d'exercice. Dans le secteur public elles pratiquent seules l'accouchement en l'absence de complication, tandis que dans le secteur privé à but lucratif, le médecin est appelé au moment de la mise au monde, même en cas d'accouchement physiologique (qui ne présente pas de risque particulier). Lorsqu'elles travaillent sous statut libéral, les sages-femmes concentrent leur activité sur les cours de préparation à la naissance.

(6) Impact de la réduction du temps de travail, développement du temps partiel, etc.

(7) Travaillant principalement dans les services départementaux de protection maternelle et infantile.

# Le rôle des sages-femmes dans le système de soins

## Les débats relatifs à la technicisation de l'accouchement

En 1972, le décret Dienesch a ouvert la voie à une technicisation croissante de l'accouchement qui a permis une nette amélioration des indicateurs de mortalité périnatale sans pour autant permettre à la France d'atteindre de bons résultats par rapport aux autres pays européens. En outre, le taux de césarienne a augmenté continûment.

Ce modèle est actuellement en débat. Le plan périnatalité 2005-2007 « humanité, proximité, sécurité, qualité » a mis en avant la nécessité d'une offre distinguant mieux les situations à haut risque des situations à faible risque qui n'exigent pas nécessairement le même mode de prise en charge.

On constate aujourd'hui une meilleure sensibilisation des professionnels de la naissance aux méthodes permettant de limiter la technicisation de l'accouchement. Mais le débat sur une plus forte diversification des modes de prise en charge reste ouvert, notamment pour ce qui concerne l'expérimentation de maisons de naissance attenantes à des plateaux techniques, de nature à concilier sécurité et approche plus physiologique de la naissance, en discussion depuis une dizaine d'années et la question de l'accouchement à domicile, actuellement réalisé dans la quasi-totalité des cas sans couverture assurantielle.

## Les évolutions souhaitables

Des travaux récents soulignent tout l'enjeu d'une bonne articulation entre professionnels de la naissance pour assurer à la fois la sécurité des accouchements, une gestion optimale des moyens et une meilleure atteinte des objectifs de la politique de périnatalité.

A l'instar de ce qui existe dans les établissements publics, il serait souhaitable, comme la Cour le recommandait en 2006, que dans les cliniques privées les rôles des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens soient rendus plus complémentaires.

Par ailleurs, le développement de l'exercice libéral des sages-femmes suppose désormais de redéfinir leur rôle, en complémentarité avec la prise en charge à l'hôpital. La nomenclature des actes des sages-femmes devrait -à coût constant pour l'assurance maladie- être significativement modifiée. Ce rééquilibrage devrait revaloriser les actes à forte responsabilité médicale (consultations, accouchements, suivi post-natal) aux dépens des actes n'impliquant aucune prise de risque (préparation à l'accouchement, rééducation périnéale).

A terme, un parcours de soins faisant davantage de la sage-femme le professionnel de premier recours en cas de grossesse et pour le suivi gynécologique contraceptif et de prévention pourrait être envisagé, comme c'est le cas dans d'autres pays.

# Le rôle des sages-femmes dans le système de soins

Les évolutions démographiques en sens contraire entre la profession de sage-femme et celle de gynécologue - obstétricien au cours des dix prochaines années pourraient faciliter une meilleure articulation de ces deux professions

médicales. La détermination du nombre de postes d'internes en gynécologie-obstétrique à compter de 2015 devra dans ce contexte faire l'objet d'une réflexion particulièrement attentive.

## Recommandations

→ 30. Mieux articuler et valoriser les compétences respectives des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens, en faisant encore davantage des sages-femmes des professionnels de premier recours pour le suivi des femmes en bonne santé.

→ 31. Ajuster dès 2015 le nombre de postes d'internes en gynécologie-obstétrique en fonction de projections démographiques actualisées des différentes professions de la naissance et selon une cible de long terme cohérente avec les objectifs de santé publique poursuivis.

→ 32. Modifier la nomenclature des actes professionnels des sages-femmes libérales pour réorienter, à enveloppe constante, leur activité vers des actes à plus forte responsabilité, notamment le suivi post-natal.

→ 33. Permettre l'expérimentation des maisons de naissance et procéder à leur évaluation médico-économique dans des conditions méthodologiquement rigoureuses.

→ 34. Faire strictement respecter l'interdiction de réaliser des accouchements à domicile programmés sans couverture assurantielle.

(8) Le nombre de sages-femmes devrait continuer à augmenter tandis que le nombre de gynécologues-obstétriciens devrait diminuer de 6 % avant d'augmenter de 18 % entre 2020 et 2030 selon les projections de la DREES.

## 7 Tarification à l'activité et convergence tarifaire

L'objectif de la tarification à l'activité (T2A) est de dynamiser la gestion des établissements de santé en les faisant financer par l'assurance maladie sur la base de leur activité, et en mettant sous tension ces financements.

### Des progrès dans la collecte des données médico-économiques

La mise en œuvre de la politique tarifaire en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) nécessite la mobilisation d'un système d'information performant sur l'hospitalisation, permettant la collecte des données d'activité (recueil PMSI) et la constitution d'un référentiel de coûts.

Le référentiel désormais applicable au secteur public comme au secteur privé a permis d'asseoir la tarification à l'activité sur une enquête de terrain, dont les résultats sont plus proches de la réalité des coûts de production que ne pourraient l'être des estimations à dire d'expert. Ce recueil présente néanmoins certaines limites, tenant à la relative faiblesse des effectifs, aux insuffisances de la comptabilité analytique hospitalière, et parfois à l'homogénéité insuffisante des séjours concernés.

### Un opérateur technique qui demeure fragile

Opérateur technique du PMSI, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) est exposée à un risque de dispersion de ses forces, alors qu'elle dispose de moyens limités, et que les progrès accomplis dans la collecte de l'information hospitalière doivent encore être consolidés.

### Des tarifs « éclairés » par les coûts

Alors que les échelles de coût produites par l'ATIH constituent des instruments objectifs de mesure des coûts des séjours hospitaliers, les grilles tarifaires dérivées de ces travaux sont des instruments de politique publique. Les étapes de la construction tarifaire ont pour effet de distordre significativement le lien entre les coûts et les tarifs.

La tarification est réalisée en fonction de l'ONDAM fixé par le Parlement, qui intègre lui-même un certain montant d'économies par rapport à l'évolution spontanée de la dépense (266 M€ en 2011). Elle traduit aussi un certain nombre de priorités gouvernementales (développement des pratiques ambulatoires, limitation des

# Tarification à l'activité et convergence tarifaire

césariennes...) dont la promotion est assurée par des modulations tarifaires.

Une fois les tarifs de campagne publiés, leur mise en œuvre dans les différents établissements connaissait jusqu'en 2010 deux types de modulations, liées d'une part à l'application d'un coefficient de transition, propre à chaque établissement, et d'autre part à l'application d'un coefficient multiplicateur géographique pour les tarifs des établissements de la région Ile-de-France, de la Corse et des DOM (ce traitement plus favorable pénalisant a contrario les établissements confrontés à des surcoûts immobiliers en dehors de ces zones).

Par ailleurs, le dynamisme des missions d'intérêt général financées par dotations forfaitaires comprime la part financée à l'activité.

La complexité de la grille tarifaire nécessite une plus grande transparence en direction des acteurs hospitaliers.

## Une contribution limitée à la maîtrise de la dépense

Le modèle économique qui sous-tend la tarification à l'activité repose sur l'idée que la révélation du manque d'efficacité de certaines structures par la contrainte tarifaire aura pour conséquence la suppression de certaines activités ou la diminution de leurs coûts. Dans le même temps, la volonté des hôpitaux d'équilibrer leurs budgets les conduit à améliorer leurs pratiques de codage, ce qui pèse sur la dépense. Pour contrer l'effet potentiellement

inflationniste de la T2A, une dégressivité de certains tarifs pourrait être envisagée, lorsque l'activité dépasse des seuils fixés contractuellement à certains établissements.

## Une convergence tarifaire à piloter plus fermement

La politique tarifaire est fortement influencée depuis 2005 par l'objectif de convergence entre établissements d'un même secteur (convergence intra-sectorielle, achevée début 2011), et entre établissements des secteurs public et privé (convergence intersectorielle, dont l'échéance finale a été reportée à 2018).

Concernant la convergence intra-sectorielle, l'égalisation des conditions de financement concerne uniquement à ce jour la part prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire. En effet, les tarifs journaliers de prestations (TJP), propres à chaque établissement, servent toujours de référence pour une partie des frais hospitaliers pris en charge par les assurés et par la protection complémentaire.

## La nécessité d'arbitrages rapides sur la convergence intersectorielle,

Le terme de la convergence intersectorielle, fixé dans un premier temps à 2012, a été reporté à 2018 de manière à mener à bien l'identification des écarts de coûts entre secteur public et privé sur lesquels les établissements

## Tarification à l'activité et convergence tarifaire

ne peuvent avoir de prise. A défaut de convergence globale, la convergence dite « ciblée » mise en œuvre ne touche que certaines catégories de séjours hospitaliers, en fonction de critères qui ont évolué de 2010 à 2011. Une véritable égalisation des conditions de concurrence entre les deux secteurs suppose des arbitrages concernant notamment le périmètre de cette convergence. Elle devrait comprendre, en sus du champ actuellement couvert par les tarifs, les honoraires des médecins, le reste à charge pour les assurés et les protections complémentaires, ainsi que les actes rattachés au séjour (c'est-à-dire ceux qui sont pratiqués en ville et qui sont directement rattachés à l'hospitalisation).

En prenant pour référence l'activité du secteur public, l'écart facial tarifaire entre secteurs public et privé est passé de 40 % en 2006 à 27 % en 2009 et enfin 24 % en 2010. Une convergence totale

induirait, selon une logique purement arithmétique, une perte de recette annuelle supérieure à 7 Md€ pour le secteur public.

L'existence d'écarts dès lors qu'ils sont justifiés par des différences dans la nature des charges peut cependant justifier que l'alignement des tarifs ne soit pas intégral. Le processus « d'objectivation des écarts de coûts » semble cependant atteindre ses limites, les surcoûts les plus aisément quantifiables ayant déjà été exclus de la base tarifaire. En tout état de cause, la réduction des écarts de coûts doit avant tout passer par l'amélioration de l'efficacité, plutôt que par la création de nouvelles dotations forfaitaires.

## Recommandations

→ 35. Asseoir désormais la convergence tarifaire sur une convergence renforcée des coûts de production plutôt que sur la création de nouvelles dotations forfaitaires (orientation).

→ 36. Préserver la qualité des données PMSI dans la mise en œuvre de la facturation directe des dépenses hospitalières à l'assurance maladie (orientation).

→ 37. S'assurer à terme de la conformité des logiciels de facturation directe aux règles tarifaires édictées par le ministère de la santé (orientation).

→ 38. Définir le périmètre cible de la convergence tarifaire intersectorielle pour 2018, ainsi que le niveau et les modalités du rapprochement des tarifs des deux secteurs à cette échéance.

→ 39. Conforter la base PMSI en mettant la documentation de l'ATIH en conformité avec les normes et pratiques en vigueur pour la création et la gestion de bases de données informatiques.

→ 40. Rendre plus robuste et actualiser en tant que de besoin l'étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) pour maintenir le lien entre tarifs et coûts et expliciter le mode de répercussion du référentiel ENCC dans les tarifs lors de chaque campagne.

→ 41. Harmoniser les bases de financement des établissements en substituant aux tarifs journaliers de prestations un dispositif fondé sur l'activité.

→ 42. Permettre aux ARS de substituer pour certaines activités aux tarifs nationaux des tarifs dégressifs lorsque des seuils d'activité contractuellement fixés avec certains établissements auront été dépassés.

## 8 Le financement des centres hospitalo-universitaires (CHU)

Les 29 CHU exercent une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Ils connaissent des difficultés financières depuis l'introduction de la tarification à l'activité (T2A).

### Une spécificité des CHU toute relative parmi les hôpitaux publics

#### *Un poids significatif dans l'activité hospitalière*

Les CHU offrent 17 % des capacités publiques et privées d'hospitalisation complète. Ils emploient le tiers des personnels soignants exerçant dans les établissements publics de santé et participent à la formation de plus de 50 000 étudiants et internes en médecine. Les CHU reçoivent le tiers du financement hospitalier de l'assurance maladie pour l'activité effectuée en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soit 16,6 Md€. Leur budget global, toutes ressources confondues, est de 24 Md€.

#### *Une activité dans l'ensemble peu différente de celle des autres hôpitaux*

L'activité de soins n'est pas fondamentalement différente de celle des autres hôpitaux.

En effet, ils dispensent à la fois des soins complexes et hautement spécialisés et des soins courants à la population résidant dans leur zone d'attraction. Les actes pratiqués uniquement dans les CHU représentent seulement 5,5 % des séjours effectués en MCO en 2008. Si les CHU prennent en charge légèrement plus de cas sévères que les autres hôpitaux publics, plus de 90 % de leur activité concerne des patients classés dans les niveaux faibles de sévérité.

#### *Un ensemble très hétérogène*

Les CHU forment un ensemble dont la cohérence n'apparaît pas nettement au sein des hôpitaux publics. La variété des soins dispensés n'est pas du tout la même d'un CHU à l'autre. La proportion des cas les plus sévères y varie du simple au double. En revanche, le profil des patients accueillis par les plus petits des CHU est tout à fait analogue à celui des hôpitaux généraux d'agglomérations moyennes qui ne sont pas des CHU. Par ailleurs, les

# Le financement des centres hospitalo-universitaires (CHU)

performances des CHU en matière de recherche sont très inégales.

## Des modalités de financement favorables

*Des recettes tirées majoritairement de leur activité qui ne les distinguent pas des autres hôpitaux*

Dans le nouveau modèle de financement hospitalier en MCO, la tarification à l'activité (T2A), les recettes des établissements proviennent soit de tarifs qui rémunèrent chacun des séjours et séances réalisés (auxquels s'ajoutent certains forfaits liés aussi à l'activité), soit de dotations forfaitaires (MIGAC), destinées à financer des missions considérées comme des charges ne pouvant être soumises aux variations de l'activité : les missions dites d'intérêt général (MIG), les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) dont seuls les CHU bénéficient et les aides à la contractualisation (AC) destinées à soutenir les établissements pour investir, pour maintenir ou développer des activités, ou surtout pour retrouver un équilibre financier.

Les recettes des CHU sont tirées majoritairement de leur activité de proximité, notamment des accouchements sans complication, même si leur gamme d'activité est très diversifiée. Lorsque les CHU réalisent des activités spécifiques, celles-ci leur procurent

cependant des recettes importantes : 5,6 % des séjours y génèrent 17,5 % des recettes issues de ces derniers.

*Une progression des dotations forfaitaires qui leur a bénéficié plus que proportionnellement*

Les CHU ont perçu près de 40 % de l'augmentation de ces crédits sur la période 2006-2009. Ceci est dû à la progression très forte des aides contractuelles (AC) qui leur ont été accordées. Ces aides ont en particulier eu pour objet d'atténuer les tensions budgétaires dans les établissements les moins productifs.

*Un financement de l'activité d'enseignement et de recherche peu sélectif*

L'enveloppe MERRI, d'un montant global de 2,2 Md€, a été fixée de manière forfaitaire en 1995, sans que depuis les coûts afférents à ces missions n'aient été évalués. Une part variable a été introduite qui est calculée selon des données d'activité. Elle ne représente qu'un tiers des MERRI. La part fixe fait l'objet d'une modulation depuis 2008 fondée sur des indicateurs dont le contenu a varié chaque année. La redistribution entre établissements induite par cette évolution a été très limitée : elle porte sur 62 M€.

Les crédits bénéficient essentiellement aux CHU ayant l'activité de recherche la plus intense, mais des établissements qui en ont très peu, voire

# Le financement des centres hospitalo-universitaires (CHU)

aucune, bénéficient de montants non négligeables, de l'ordre de 20 à 30 M€.

## Un effort pour une meilleure efficience encore insuffisamment enclenchée

Les CHU n'ont pas été suffisamment incités à faire des gains de productivité par leurs tutelles. Ils ont eu tendance à négocier avec celles-ci des moyens supplémentaires plutôt que de chercher à s'ajuster à la contrainte par des réformes structurelles

Cependant, depuis peu s'amorce un tardif effort d'adaptation avec la mise en œuvre de projets de réorganisation et la recherche d'une meilleure efficience.

La Cour a analysé les évolutions intervenues dans cinq CHU. En dépit des outils de pilotage dont ils se dotent, aucun n'est en mesure de chiffrer les gains de productivité obtenus. Les principaux changements ont concerné l'optimisation de leur chaîne de facturation et du recouvrement.

Mais les efforts principaux doivent porter sur la gestion de la masse salariale. Une inflexion de son évolution semble se dessiner.

Les modes de décompte des emplois sont cependant variables au sein des établissements et empêchent les comparaisons entre établissements.

Confrontés à une situation financière plus fragile et à une décélération des aides, les CHU, doivent désormais encore davantage que les autres hôpitaux intensifier les efforts récemment engagés.

Il est essentiel à cet égard que les ARS exercent dans leur plénitude leurs responsabilités et veillent spécifiquement à ce que les CHU se réorganisent effectivement et rapidement.

## Recommandations

→43. Standardiser au niveau national les critères permettant de valoriser les missions d'intérêt général (MIG) les plus importantes, dont le service d'aide médicale urgente (SAMU) et le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

→44. Redéfinir le dispositif des aides contractuelles et son suivi de façon à mettre fin à des financements accordés dans le seul objectif de minorer le montant des déficits.

→45. Etre nettement plus sélectif dans l'attribution des financements des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) en s'appuyant sur des indicateurs de performance portant sur l'activité et la qualité de la recherche.

→46. Etablir une méthodologie commune aux agences régionales de santé (ARS) et aux établissements permettant une mesure objective des efforts d'organisation et de gestion réalisés et des économies obtenues, notamment dans la gestion des personnels médicaux et non médicaux, mesurée en équivalents temps plein travaillé (ETPT).

## 9 Les coopérations hospitalières

La loi du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) entend donner une impulsion nouvelle aux coopérations entre les hôpitaux.

Des instruments nombreux, très partiellement mis en œuvre

Depuis les années 70, pas moins de 19 instruments juridiques différents ont été créés afin d'inciter les établissements à développer des coopérations. Un établissement moyen est fréquemment engagé dans plusieurs dizaines d'actions de coopération.

Les agences régionales de santé (ARS) ont dans ce domaine une responsabilité particulière et, potentiellement, de nombreux moyens d'actions<sup>(9)</sup> pour inciter à la conclusion de conventions ou sanctionner l'inaction des établissements.

En pratique cependant l'effectivité des coopérations est variable, en particulier pour les plus anciennes qui n'ont pas ou peu été actualisées, dont certaines sont restées inappliquées ou n'ont qu'un contenu limité. Leur mise en œuvre et leurs résultats sont par ailleurs

rarement suivis et évalués, par les établissements concernés comme par la tutelle régionale.

Des fragilités préjudiciables

Il s'agit par exemple :

- de l'incapacité des établissements à disposer des moyens humains nécessaires à la mise en œuvre concrète des actions de coopération ;
- ou encore, du caractère provisoire des financements spécifiques accordés au moment de leur démarrage.

Les opérations peuvent également échouer sur des logiques de partage des recettes, chaque établissement ayant intérêt à percevoir l'intégralité de la ressource liée à la tarification de son activité plutôt qu'une compensation financière versée par ses partenaires dans la coopération.

De nombreuses fragilités juridiques ont été relevées dans les conventions examinées.

Enfin, fréquemment, les risques économiques ou financiers des opérations entre établissements publics et privés n'ont pas paru équitablement répartis, soit que l'hôpital public assume seul les risques liés à des investissements, soit que la répartition

(9) au travers de l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), la conclusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou l'attribution des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC), la délivrance d'autorisation d'activité ou d'équipement.

# Les coopérations hospitalières

des charges et des coûts entre les partenaires s'avère inégale. Ainsi l'insuffisance des redevances exigées des professionnels libéraux pour la co-utilisation des plateaux techniques, souvent relevées dans les conventions, s'apparente à un mécanisme de quasi subventionnement de leur activité.

## Un impact contrasté sur la recomposition de l'offre de soins

Aucun outil de mesure et d'évaluation des impacts des coopérations tant sur l'organisation de l'offre de soins que sur les établissements eux-mêmes n'est à ce jour disponible.

### *Certains effets structurants*

Grâce aux coopérations, une meilleure adaptation de l'offre de soins aux patients a parfois été relevée, tout comme le maintien de compétences médicales expertes dans des bassins de population a priori peu attractifs pour des spécialistes médicaux.

Les améliorations des pratiques médicales peuvent également être réelles : harmonisation des pratiques dans le cadre notamment des fédérations inter-hospitalières des urgences ou réduction du recours aux urgences grâce à la participation de la médecine de ville à la permanence des soins.

L'organisation de parcours de soins entre centre hospitalier et établissements d'aval ou entre hôpital et

clinique peut également être porteuse de progrès en termes de fluidité et sécurité des séjours comme de lisibilité des filières pour les praticiens de ville.

### *Des logiques adaptatives*

Les coopérations peuvent constituer pour les établissements un moyen de réaliser une mise à niveau, notamment technique (en matière de qualité et de sécurité de la prise en charge), inaccessible individuellement.

Les autorisations d'équipements lourds sont ainsi souvent conditionnées à la mise en œuvre de coopérations en vue de leur exploitation.

### *Un obstacle paradoxal parfois à une meilleure organisation de l'offre*

Si parfois les coopérations échouent en raison de concurrences historiques entre établissements ou professionnels de santé, il arrive également que les projets de coopérations créent une concurrence nouvelle entre centres hospitaliers, chacun cherchant à obtenir et à rentabiliser des financements ou des équipements devenus plus rares.

Le risque est alors grand de voir les coopérations aboutir à des contre-sens par rapport aux flux effectifs de patients, à des prolongations artificielles d'activités voire à la création d'activités non optimales.

### *L'absence de dimension stratégique*

Les coopérations constituent rarement un outil stratégique pour le devenir de chaque établissement ou

pour l'organisation de l'offre territoriale. Les juridictions financières ont souvent observé des juxtapositions de conventions ponctuelles, fruits des circonstances ou des obligations réglementaires voire des effets de mode, sans cadre général ni assurance de pérennité.

## La nouvelle politique de coopération : un changement de dimension ?

La loi HPST vise à faire des coopérations un instrument stratégique de rationalisation de l'offre.

Dans le cadre de « communautés hospitalières de territoire » (CHT), les établissements publics participants pourront mettre en œuvre une stratégie commune et gérer en commun des

fonctions et des activités, sur la base d'un projet médical commun.

La loi HPST prévoit également de rendre possible la création de groupements de coopération sanitaire titulaires d'autorisations (« GCS-établissements »), en vue de l'exploitation en commun d'autorisations d'activité.

Les opérations en cours sont à un stade insuffisamment avancé pour en tirer un bilan approfondi. Elles rencontrent cependant des difficultés dans leur mise au point et des réticences de la part d'établissements peu soucieux de remettre en cause leur autonomie.

Surmonter ces difficultés implique à la fois un pilotage rigoureux par l'administration centrale du ministère et une mise en œuvre ferme par les ARS.

## Recommandations

→47. Piloter fermement la stratégie de reconstitution de l'offre hospitalière en mettant résolument en œuvre l'ensemble des outils, y compris coercitifs.

→48. Réduire le nombre des supports juridiques possibles pour les coopérations en supprimant ceux qui n'ont pas trouvé d'usage.

→49. Normaliser les modèles de conventions, de groupement d'intérêt économique et de groupement d'intérêt public pour éviter les risques juridiques et les déséquilibres pesant sur les hôpitaux.

→50. Diffuser des recommandations méthodologiques spécifiquement destinées à préserver les intérêts des hôpitaux dans les coopérations.

→51. Vérifier la pertinence géographique des territoires de santé et les affranchir au besoin des limites départementales.

→52. Rendre systématiques les études d'impact précises avant lancement des coopérations et les évaluations ultérieures ainsi que leur communication aux ARS.

## 10 La prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale

Le principe général de participation aux dépenses de santé, qui se traduit concrètement par des restes à charge pour les assurés, s'accompagne aussi d'un grand nombre d'exonérations ciblées sur des types d'actes ou sur des catégories spécifiques de personnes.

### Une multiplication des motifs d'exonérations sans cohérence d'ensemble

#### *Une évolution non maîtrisée des affections de longue durée*

Le principal de ces dispositifs est celui des affections de longue durée (ALD), qui concerne les assurés atteints d'« affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ». Toutefois, cette définition n'est plus que partiellement appliquée aujourd'hui. En effet, seule la durée garde aujourd'hui une définition réglementaire (six mois de traitement continu). Le coût ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur n'est plus défini de façon directe depuis 1986. En contrepartie, le champ de l'exonération est, depuis cette date, limité aux seules dépenses en

rapport direct avec la maladie exonérante.

Alors que les dépenses remboursées au titre des ALD ne cessent de croître, le coût réel de ce dispositif est mal appréhendé.

#### *Des dispositifs foisonnants et peu lisibles*

L'exonération visant les hospitalisations longues fonctionne selon des règles qui ne sont plus adaptées à la réalité des hospitalisations. Certains médicaments dits « irremplaçables et particulièrement coûteux » sont intégralement remboursés, en application de décisions ministérielles sans que leur coût le justifie dans tous les cas. Ainsi, en 2010, sur les 497 médicaments relevant de cette catégorie, si leur prix moyen était de 404 € avec un maximum de 11 930 €, 44 de ces spécialités avaient un prix inférieur à 10 € et 96 à 30 €. Les dépenses correspondantes sont particulièrement dynamiques (+10 % en 2009).

Certaines exonérations de ticket modérateur sont liées à des considérations de santé publique : certains dépistages, des consultations de prévention destinées aux mineurs, l'examen de prévention bucco-dentaire... Le coût et les résultats de ces dispositifs, avec des taux de

# La prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale

participation souvent décevants, sont mal évalués.

Enfin, des exonérations de ticket modérateur sont liées à la situation des bénéficiaires : les invalides, qui disposent d'un système plus généreux que les ALD, les femmes enceintes, pour lesquelles la prise en charge est marquée par de nombreuses incohérences, les nouveaux-nés, les pensionnés militaires d'invalidité.

## *Des dépenses prises intégralement en charge sans grande cohérence*

Depuis la création des franchises et de la participation forfaitaire de 1 €, pour lesquelles les motifs d'exonérations sont très limités, les catégories de populations disposant d'une prise en charge réellement intégrale de leurs dépenses de santé par l'assurance maladie, à la ville comme à l'hôpital, sont très réduites (nouveau-nés hospitalisés et femmes enceintes à compter du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse).

Les autres catégories bénéficient d'exonérations portant uniquement sur certaines composantes de la participation financière, sans que les raisons de ces différences soient toujours apparentes.

A titre d'exemple, les enfants de moins de 18 ans sont exonérés de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises alors qu'ils ne bénéficient d'aucune autre exonération.

Selon les motifs d'exonération du ticket modérateur, les médicaments à

vignette bleue (remboursés à 30 %) sont tantôt inclus tantôt exclus du périmètre d'exonération.

Il en est de même pour la dispense d'avance de frais.

## Un coût insuffisamment connu

Le surcroît de dépenses, pour l'assurance maladie obligatoire, occasionné par les différentes exonérations ciblées n'est pas évalué.

Une analyse menée par la CNAMTS, à la demande de la Cour, a fait apparaître que l'ensemble des prises en charge intégrales a entraîné, pour les seuls soins de ville, un surcoût brut de 10 Md€ en 2009, dont plus de 8 Md€ concerne les ALD.

L'information est encore beaucoup plus lacunaire à l'hôpital, notamment pour les ALD. Ceci rend difficile de mettre en place des mesures de maîtrise des dépenses.

## Un effet inégal qui laisse persister d'importants restes à charge pour certains assurés

Malgré l'ampleur de ces exonérations, certains assurés supportent des frais parfois élevés : pour les 1% de la population la plus concernée par le reste à charge, celui-ci est très lourd (de l'ordre de 3 000 € par an). Plus de 2 millions de personnes, dont un tiers en ALD, ont un reste à

# La prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale

charge supérieur à 1 000 € avant intervention de l'assurance complémentaire. Ces restes à charge peuvent être très problématiques pour les 6 % d'assurés dépourvus de couverture complémentaire. Dès lors, une refonte de la participation des assurés doit être engagée.

Les restes à charge les plus élevés résultent essentiellement de l'hôpital, avec des variations importantes selon le type d'établissement et le secteur d'hospitalisation. La tarification y apparaît obsolète et inéquitable.

Ainsi, l'objectif principal des prises en charge intégrales, qui est de limiter les restes à charge élevés, n'est pas atteint de manière satisfaisante.

Après intervention des complémentaires, des restes à charge élevés peuvent au demeurant subsister en particulier pour les soins optiques, dentaires et les médicaments.

## Recommandations

➔ 53. Se doter des outils permettant le suivi en continu des coûts induits par les prises en charge intégrales, notamment à l'hôpital.

➔ 54. Mieux connaître et réguler les dépenses d'ALD :

- établir de manière méthodologiquement solide la réalité du coût du dispositif en ville comme à l'hôpital et de sa progression tendancielle ;

- poursuivre la révision de la liste des ALD ;

- examiner la faisabilité technique de l'association, conformément aux textes existants, d'un critère de coût aux critères médicaux pour l'admission dans le dispositif ;

- veiller à l'application stricte et harmonisée par les médecins conseils de l'assurance maladie des diverses dispositions et recommandations relatives à l'admission et à la sortie du dispositif.

➔ 55. Procéder à une évaluation médico-économique des exonérations ciblées, afin de supprimer celles dont la justification est insuffisante.

➔ 56. Réformer les modes de participation financière des assurés aux soins à l'hôpital avec l'objectif de réduire les inégalités des restes à charge.

## 11 Les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire

Le marché extrêmement concurrentiel de la couverture maladie complémentaire (24,3 Md€ de prestations en 2009) est partagé entre les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances. Il correspond à 13,8 % de la dépense totale de soins et de biens médicaux contre 12,2 % en 1995.

### Des contrats collectifs plus avantageux que les contrats individuels

L'activité des mutuelles (près de 56 % du marché) est très majoritairement composée de contrats individuels qui sont notamment l'offre quasi exclusive des mutuelles de fonctionnaires. La situation inverse prévaut pour les institutions de prévoyance (18 % du marché), alors que les sociétés d'assurance (27 % du marché) présentent un portefeuille plus équilibré entre les deux types de contrats.

Une analyse sur près de mille contrats les plus souscrits (dits « contrats modaux »), portant sur 13 millions d'assurés et 10 Md€ de cotisations, fait apparaître que les garanties proposées par les contrats collectifs sont nettement plus élevées

que celles des contrats individuels. Un indice représentatif de l'importance du panier de soins couvert par les différents contrats, construit par la Cour, corrobore ce point.

Les différences en matière de garanties ont eu tendance au demeurant à s'accroître ces dernières années, en particulier pour la prise en charge des dépassements d'honoraires et de l'appareillage médical.

La cotisation moyenne d'un contrat collectif (375 € en 2008) est par ailleurs significativement inférieure (23%) à celle d'un contrat individuel (486 €). En outre, la cotisation moyenne par bénéficiaire a augmenté plus rapidement pour les contrats individuels que pour les contrats collectifs entre 2006 et 2008.

### Des aides publiques (sous forme de niches fiscales et sociales) de l'ordre de 4,3 Md€ bénéficiant très largement aux contrats collectifs

L'exemption de l'assiette des cotisations de sécurité sociale de la contribution de l'employeur à la couverture maladie complémentaire de ses salariés (estimée à 2,3 Md€) et le taux

# Les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire

réduit de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (évaluée à 1 Md€) représentent environ les trois quarts de l'effort public total en faveur de la couverture maladie complémentaire (4,3 Md€)

Ces aides représentent près d'un cinquième du total de dépenses de soins et de biens médicaux pris en charge par les organismes complémentaires.

Les personnes aux revenus modestes ne sont pas les premières bénéficiaires des contrats collectifs, plus fréquents dans les grandes entreprises où les salaires sont aussi les plus élevés. L'ignorance de la proportion de contrats collectifs réservés aux seuls cadres, ainsi que la non connaissance des contrats dits « haut de gamme » et des dépassements que ces derniers prennent en compte est à cet égard regrettable.

Ces niches sont ainsi à l'origine d'effet d'aubaine pour les salariés des catégories sociales moyennes et supérieures.

## Des dispositifs de soutien aux catégories défavorisées mal articulés, pour un coût de l'ordre de 1,5 Md€

La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) assure la gratuité des soins pour les personnes dont les revenus sont inférieurs à un seuil, fixé par exemple à 634 € pour une personne seule. Fin 2010, le dispositif concerne 4,3 millions de personnes

pour un coût total de 1,4 Md€, soit un coût moyen par bénéficiaire de 400 €.

L'aide à la complémentaire santé (ACS) permet aux personnes non éligibles à la CMUC et dont les revenus ne dépassent pas un certain plafond, une prise en charge partielle et progressive, mais elle ne concerne que 535 000 bénéficiaires sur une population éligible estimée à 2 millions de personnes, pour un coût total d'un peu plus de 100 M€ (230 € par bénéficiaire).

La charge financière de ces deux dispositifs, financée jusqu'à peu par l'État, est supportée par les souscripteurs d'assurances complémentaires santé.

Les prestations de la CMUC sont globalement élevées par rapport aux dépenses financées par les couvertures complémentaires souscrites dans un cadre individuel ou collectif. Les niveaux de couverture souscrits grâce à l'ACS se situent en moyenne à près de 40% au-dessus de ceux du reste de la population. Pour la CMUC, cette proportion semble être des trois quarts mais la connaissance des prestations nécessite d'être évaluée plus rigoureusement.

Cette situation fait apparaître un double effet de seuil qui porte sur le montant des aides publiques et la qualité des garanties souscrites, tant entre bénéficiaires de la CMUC et bénéficiaires de l'ACS qu'entre bénéficiaires de l'ACS et le reste de la population.

# Les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire

## Des aides publiques de 6 Md€, à réorienter

Un réexamen d'ensemble apparaît indispensable en période de difficultés budgétaires afin de mieux cibler les aides publiques et de les concentrer sur les populations qui en ont le plus besoin.

Cette réorientation pourrait conduire, à système inchangé, à rediriger

au moins pour partie les aides consacrées aux contrats collectifs en direction des salariés à faibles revenus afin notamment de supprimer l'effet de seuil trop marqué entre la CMUC et l'ACS.

## Recommandations

→ 57. Réduire, voire supprimer dans le cadre d'une réforme globale du financement de l'assurance maladie, les exemptions de cotisations sociales très favorables dont bénéficient les contrats collectifs et a minima les moduler en fonction de critères d'éligibilité plus strictement définis, notamment en matière de contribution à une meilleure gestion du risque et de niveau de frais de gestion.

→ 58. Faire réaliser une évaluation indépendante de la CMUC et de l'ACS et actualiser les études relatives à la consommation de soins des bénéficiaires.

→ 59. Réduire l'effet de seuil lié au plafond de la CMUC, en élargissant la fourchette de revenu qui permet de prétendre à l'ACS et en y affectant tout ou partie des recettes supplémentaires procurées par le réajustement des aides aux contrats collectifs.

→ 60. Améliorer la connaissance des contrats collectifs, notamment en ce qui concerne le montant des dépassements pris en compte et le nombre de ces contrats ne bénéficiant pas à la totalité des personnels des entreprises concernées.

## 12 Les aides publiques à l'épargne retraite

L'épargne retraite a pour objet de compléter les pensions servies au titre des régimes de retraite obligatoires (retraites de base et complémentaires), à partir d'une épargne constituée par le bénéficiaire ou son employeur et qui est, en principe, bloquée jusqu'à son départ en retraite. En 2009, 13 Md€ ont été collectés, dont 8,4 Md€ dans le cadre de dispositifs d'entreprises et 4,3 Md€ à titre individuel.

### Une multiplicité de dispositifs

#### *Les dispositifs d'entreprise*

Les dispositifs se différencient selon qu'ils s'appliquent aux salariés de façon obligatoire (2,9 Md€ de primes annuelles en 2009), que le versement de la rente est conditionné par la présence effective du salarié dans l'entreprise à son départ en retraite (4,3 Md€ de primes) ou que les versements de l'employeur sont considérés comme des éléments de rémunération (0,2 Md€ de primes).

A ces mécanismes parfois anciens qui couvrent environ 4 millions de salariés s'ajoute le plan d'épargne retraite collectif (PERCO), créé en 2003. Celui-ci relève d'un accord d'entreprise, ouvert à tous les salariés qui effectuent

librement des versements sur leur plan avec un abondement de l'employeur (560 000 salariés en phase d'épargne pour 0,9 Md€ d'épargne totale en 2009). Le déblocage de l'épargne du PERCO sous forme de capital avant le départ en retraite est autorisé notamment pour l'achat de la résidence principale, ce qui n'est pas sans poser problème au regard de sa finalité.

#### *Les dispositifs individuels*

Jusqu'en 2003, l'accès aux dispositifs individuels d'épargne retraite était réservé aux fonctionnaires (PREFON, COREM), aux hospitaliers (CRH), aux travailleurs indépendants et aux exploitants agricoles (contrats dits « Madelin »). 2,1 millions de personnes ont versé à ce titre 3,2 Md€ de cotisations en 2009.

La réforme des retraites de 2003 a prévu la généralisation de ce type de dispositifs en créant les plans d'épargne retraite populaire (PERP), qui comptent 2,1 millions de cotisants pour 1 Md€ de cotisations en 2009.

# Les aides publiques à l'épargne retraite

## Des aides publiques, sous forme de niches fiscales et sociales, d'environ 2 Md€ par an

Les dispositifs d'épargne retraite bénéficient de règles dérogatoires en matière de prélèvements sociaux et fiscaux extrêmement diverses. Les spécificités portent sur la CSG et la CRDS, sur les cotisations sociales, sur l'impôt sur le revenu et l'impôt de solidarité sur la fortune.

Représentant un total de l'ordre de 2 Md€ par an, les trois quarts environ de ces pertes de recettes sont supportés par les organismes de protection sociale et ce sans donner lieu à compensation par l'Etat.

## Des dispositifs mal ciblés

La diffusion des produits d'épargne retraite est très inégale selon les catégories socio-professionnelles. Parmi les actifs, les professions intermédiaires, les employés et les ouvriers ne sont que 12 % à détenir un produit de cette nature, alors que cette proportion est de 27 % parmi les agriculteurs, artisans, commerçants, professions libérales et cadres.

Par ailleurs, le taux de diffusion des dispositifs d'épargne retraite individuels reste faible, de l'ordre de 15 % et ne progresse quasiment plus depuis 2007.

Au total, les catégories socio-professionnelles aux revenus plus élevés bénéficient, avec ces aides publiques, d'un effet d'aubaine certain alors qu'au demeurant, elles disposent en général d'autres possibilités de placement leur permettant d'obtenir un revenu différé à la retraite comme l'assurance-vie, sans compter le patrimoine immobilier dont elles disposent, plus conséquent que celui de catégories socio-professionnelles aux faibles revenus.

Il est nécessaire de réorienter ces aides vers les catégories pour lesquelles elles constituent un réel enjeu, c'est-à-dire les ménages qui ne sont pas en mesure, sans incitation, d'épargner pour leur retraite et qui, sans cette épargne, ne disposeront pas, lors de leur retraite, de ressources suffisantes, comme a pu le faire l'Allemagne avec la réforme Riester. Celle-ci prévoit notamment une aide de l'Etat plus substantielle pour les ménages à faibles revenus.

## Recommandations

→61. Améliorer le suivi des taux de remplacement des régimes de retraite obligatoires et, en développant notamment les systèmes statistiques, celui des différents dispositifs d'épargne retraite.

→62. Pour les foyers à revenus élevés, réduire, voire supprimer, les incitations à l'épargne retraite individuelle, qui constituent des effets d'aubaine et les renforcer pour les foyers à revenus faibles ou moyens ;

→63. Conditionner plus étroitement les avantages sociaux et fiscaux du PERCO au respect des principes généraux de l'épargne retraite, en supprimant la possibilité de déblocage anticipé des fonds en cas d'achat de la résidence principale.

→64. Revoir les dispositions sociales relatives aux retraites chapeau en assujettissant, lors du départ à la retraite du salarié, les primes versées par l'entreprise à l'assureur (ou le montant provisionné par l'entreprise) aux cotisations sociales de droit commun.

## 13 La productivité dans les organismes de sécurité sociale du régime général

Les coûts de gestion administrative du régime général représentent 10 Md€, soit 3 % des dépenses totales. D'importantes marges d'efficience existent.

### Des gains de productivité parfois significatifs mais des objectifs en réalité peu ambitieux

Les indicateurs globaux de productivité montrent de 2005 à 2009 une amélioration sensible de la productivité dans le régime général, à l'exception de la branche famille, mais aussi un fléchissement en fin de période.

#### *Une baisse sensible des effectifs*

Une baisse des effectifs se constate de fait dans trois branches sur quatre (-6 500 emplois sur la même période, soit -4,1%). Cette diminution se concentre principalement dans la branche maladie (-6 000 équivalents temps plein - ETP), qui, avec 96 000 ETP en 2009, constitue le principal employeur du régime général (155 000 ETP au total). La branche maladie partait toutefois, comme l'assurance-vieillesse, d'une situation de sureffectif marquée et les progrès technologiques

de l'activité « production » ne s'y étaient pas suffisamment traduits en gains de productivité.

#### *La situation particulière de la branche famille*

Les gains de productivité ont été particulièrement limités et la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2009-2012 ne lui a assigné aucun objectif en la matière. La CNAF a certes fait état de graves difficultés à partir de 2009, imputées en particulier à la généralisation du RSA et à la complexité de sa gestion. Mais la branche a bénéficié dans ce cadre d'une augmentation importante de ses moyens à compter de 2009 (+1 237 ETP) alors même que toutes les CAF n'étaient pas affectées de façon identique par les difficultés du réseau et que la montée en charge du RSA « activité » était beaucoup plus lente que prévue.

#### *Des marges persistantes*

Si les gains de productivité des branches maladie et retraite ont été plus importants que programmés sur les cinq dernières années, ce qu'il convient d'apprécier favorablement, ces progrès traduisent aussi un niveau d'exigence relativement faible.

# La productivité dans les organismes de sécurité sociale du régime général

Pour les activités de recouvrement, les objectifs ont été presque atteints malgré la mise en place chaotique de l'interlocuteur social unique par le régime social des indépendants.

Par ailleurs, le pilotage prudent des autorités de tutelle n'a pas permis de développer de façon satisfaisante une approche inter-branches et inter-régimes. Les indicateurs de productivité restent perfectibles. Seule la branche vieillesse s'est dotée à ce stade d'un indicateur synthétique couvrant la totalité du champ des activités. L'harmonisation de la définition et du calcul des ETP date seulement de juillet 2010.

## La nécessité d'intensifier l'effort en matière de productivité

### *Réexaminer d'ici 2013 les règles conventionnelle de mobilité*

En vertu de l'accord du 5 septembre 2006, il n'y a pas de mobilité imposée, ni géographique, ni fonctionnelle. Ainsi, en dépit de leur statut de droit privé, les agents de la sécurité sociale bénéficient de fait de règles beaucoup plus protectrices que dans la fonction publique d'Etat.

Ce dispositif fait de la gestion des départs et des recrutements par les organismes la principale variable d'ajustement des effectifs. Il conduit les

gestionnaires à avoir un recours très important au travail précaire.

D'ici décembre 2013, terme de l'accord de 2006, il importe que l'UCANSS engage des négociations avec ses partenaires conventionnels de manière à adapter la gestion des ressources humaines à l'évolution des métiers et des réseaux.

### *Aller au-delà des fusions juridiques de caisses*

Les départementalisations engagées dans les branches maladie, et famille laissent subsister des organismes de taille réduite et ne reposent pas sur une définition de nouvelles organisations cibles plus performantes. De même, la régionalisation entamée du réseau du recouvrement fera coexister des instances départementales et régionales.

### *Exploiter d'autres gisements de productivité*

La réduction des écarts de performance entre organismes de base est un levier insuffisamment utilisé. Dans la branche maladie, l'IGAS estime qu'une économie de 12 000 emplois ETP est possible à terme par alignement du réseau sur le ratio d'activité par emploi des meilleures caisses.

Malgré un mouvement de regroupement notable constaté ces dernières années, le maillage local des points d'accueil reste encore trop fin.

La dématérialisation recèle encore des marges de progrès importantes notamment dans la branche maladie.

# La productivité dans les organismes de sécurité sociale du régime général

Selon l'IGAS, une augmentation du taux de dématérialisation des feuilles de soins de 6 points pourrait conduire à une économie de personnel d'environ 2 100 emplois. Une dématérialisation complète permettrait une économie de quelque 6 000 postes. La dématérialisation des prescriptions pharmaceutiques permettrait aussi des gains significatifs. Or ce chantier tarde à être engagé.

Au total, une diminution de 10 % des frais de gestion paraît devoir être l'objectif à atteindre à moyen terme, ce qui correspondrait, toutes choses égales par ailleurs, à une économie d'un milliard d'euros.

## Recommandations

→65. Mettre en place dans les branches famille et maladie des indicateurs de productivité synthétiques réellement exhaustifs.

→66. Promouvoir les mutualisations de manière plus systématique et rigoureuse sur la base d'un schéma-cible d'organisation, en prévoyant des cahiers des charges et une estimation des gains de productivité à en attendre et l'évaluation des gains réalisés.

→67. Faire de la réduction des écarts de performance une source de l'amélioration de l'efficacité des branches, en fixant parallèlement des objectifs réalistes et ambitieux aux organismes les plus productifs.

→68. Définir pour chaque branche une doctrine en matière de proximité qui tienne compte à la fois des besoins des usagers et de l'impératif d'efficacité.

→69. Pour la branche maladie, définir des objectifs et un calendrier précis pour de nouvelles étapes en matière de dématérialisation.

→70. Anticiper et préparer la renégociation de l'accord relatif aux garanties conventionnelles apportées dans le cadre de l'évolution des réseaux, aux fins d'une plus grande fluidité des parcours professionnels des agents.

## 14 Les prestations servies par la branche famille pour le compte de l'Etat et des départements

L'Etat a progressivement confié aux caisses d'allocations familiales (CAF) le versement d'allocations autres que les prestations familiales, principalement l'allocation aux adultes handicapés (AAH), le revenu de solidarité active (RSA) pour sa partie activité et certaines allocations logement. Par ailleurs, les CAF versent pour le compte des départements le RSA « socle », qui a pris la suite du revenu minimum d'insertion (RMI) et de l'allocation de parent isolé (API).

### Une part désormais majeure de l'activité des caisses d'allocations familiales

Ces prestations représentent aujourd'hui 45 % du volume total des prestations servies par les CAF (soit 28 Md€ sur 62 Md€), proportion qui a fortement augmenté au cours des vingt dernières années : elle n'était que de 15 % en 1988.

Elles sont, en termes de charges de gestion, plus lourdes que les prestations familiales classiques. Dès lors, les prestations pour compte de tiers

représentent désormais la majeure partie de l'activité des caisses.

Parallèlement, le public que les CAF doivent servir s'est élargi : ainsi, parmi les 11,7 millions d'allocataires de la branche famille, fin 2009, 40 % n'avaient pas d'enfants.

Au total, près de 60 % des allocataires des CAF se voient verser au moins une prestation pour le compte de l'Etat ou des départements.

### Une grande hétérogénéité de gestion

Au sein de ces prestations doivent être distinguées les allocations logement et l'AAH qui relèvent largement de la responsabilité des CAF, du RSA, piloté par le département avec lequel la CAF travaille en partenariat.

La quasi-totalité des phases de gestion du dossier allocataire donne lieu à des pratiques très diverses qui s'expliquent par l'environnement dans lequel évolue chaque caisse, mais aussi par la culture de la branche fondée sur une grande autonomie des organismes.

Le choix organisationnel retenu par les CAF vise à offrir aux allocataires un

# Les prestations servies par la branche famille pour le compte de l'Etat et des départements

service global. De ce fait, les techniciens conseil, polyvalents en principe, devraient traiter globalement (toutes prestations confondues) les portefeuilles d'allocataires qui leur sont confiés. Cela ne signifie pas cependant que les prestations pour compte de tiers soient gérées de façon uniforme d'une CAF à l'autre car la polyvalence des techniciens conseil est, en réalité, très variable.

Même s'il n'est pas la seule cause de la dégradation des performances des CAF constatée en 2009, le passage du RMI et de l'API au RSA a eu un impact en profondeur sur le bon fonctionnement de la chaîne de liquidation. Il a pénalisé la productivité de la branche et pèse sur la liquidation de l'ensemble des prestations qu'elle sert en termes de délais comme de qualité globale. A cet égard, la diversité des modes de coopération avec les départements n'a pas toujours facilité la gestion du RSA par le réseau des CAF.

Cette hétérogénéité rend particulièrement difficile l'évaluation de la charge de travail des organismes et a fortiori les comparaisons entre eux.

## La nécessité d'un réel pilotage et d'une juste facturation des coûts de gestion

Actuellement, si certaines de ces prestations donnent lieu au versement de frais de gestion (forfaitaires, en pourcentage des montants versés ou d'un montant fixe par dossier traité), la situation est extrêmement hétérogène.

Il apparaît nécessaire à cet égard que les relations entre la branche famille et l'Etat d'une part, les départements d'autre part, soient plus clairement définies. Des progrès s'imposent dans la définition des mandats de gestion et ce cadre relationnel rénové doit s'accompagner d'une facturation systématique des frais de gestion fondée sur les coûts réels, de manière à rétribuer les caisses à la mesure de l'effort que représente la gestion de ces prestations. Ce mode de facturation permettra aussi à l'Etat et aux départements de fixer des objectifs de maîtrise de ces coûts.

# Les prestations servies par la branche famille pour le compte de l'Etat et des départements

## Recommandations

→71. Inscrire dans la loi le principe de la facturation des frais de gestion fondé sur les coûts réels constatés pour les prestations servies pour compte de tiers par la branche famille.

→72. Mettre en œuvre à cette fin dans les meilleurs délais une comptabilité analytique permettant de mesurer les coûts de gestion des prestations servies pour compte de tiers.

→73. Systématiser la conclusion de conventions de gestion entre l'Etat et la CNAF -comme c'est déjà le cas entre CAF et départements pour le RSA- et prévoir qu'une annexe de la COG soit consacrée aux relations de la branche famille avec les tiers. Le renforcement de ce système conventionnel devrait notamment avoir pour objectif :

- la mise en œuvre des actions nécessaires pour améliorer la qualité de la liquidation des prestations et

renforcer la maîtrise des risques, notamment pour ce qui concerne les allocations logement ;

- la réduction des écarts injustifiés entre caisses dans la gestion des prestations et un suivi précis de l'origine des indus ;

- une meilleure homogénéisation de l'implication des CAF dans la gestion du RSA dans le cadre d'une réflexion conjointe entre la CNAF et l'Assemblée des départements de France ;

- la fixation de délais minimum obligatoires séparant la parution des textes créant ou modifiant des prestations servies pour compte de tiers et leur mise en œuvre par les CAF.

## 15 La réorganisation de la Mutualité sociale agricole

La protection sociale de 5,8 millions de personnes (salariés et exploitants) est assurée par le réseau des caisses de mutualité sociale agricole qui emploie 18 000 salariés. La MSA reste le deuxième réseau français en nombre de bénéficiaires de prestations.

### Une restructuration du réseau à parfaire

Dans un contexte d'érosion démographique appelé à perdurer (- 6 % de cotisants entre 2010 et 2015) et de complexité croissante des législations, le maintien du niveau de la productivité des caisses et de la qualité de la production passe par des regroupements de structures.

Il aura fallu une quinzaine d'années, après une accélération depuis 2005, pour faire évoluer le réseau de 84 à 35 caisses locales aujourd'hui.

Toutefois si les fusions juridiques ont bien été réalisées, reste à rendre effective la réforme des organisations internes des nouvelles entités ainsi créées.

L'essentiel du travail de rapprochement technique et de réorganisation des services doit encore être mené à bien, notamment au travers de l'harmonisation des procédures et de la mise en place d'un contrôle interne efficace. Il suppose une importante mobilité fonctionnelle des agents. Un regroupement des sites de production

paraît également souhaitable afin d'éviter la dilution et la dispersion des expertises et des savoir-faire. Dans le même temps, la MSA doit s'engager de façon plus résolue dans des opérations de mutualisations inter-caisses, qui sont à l'heure actuelle insuffisamment ambitieuses.

### Une affirmation encore insuffisante de la Caisse centrale

Les compétences de la caisse centrale (CCMSA) s'apparentent dorénavant à celles d'une caisse nationale du régime général.

Cet élargissement de ses domaines de compétences lui a permis de s'impliquer plus dans les restructurations en cours. En revanche, son rôle d'impulsion sur les principales missions transversales (définition des procédures, maîtrise des systèmes d'information, gestions des ressources humaines et immobilière...) reste encore trop limité.

### Une réforme du financement incomplète

La suppression du Fonds de financement de la protection sociale agricole (FFIPSA) qui complexifiait inutilement le circuit des ressources du régime, a permis une clarification du financement. Elle n'a pas réglé la question de l'insuffisance des

# La réorganisation de la Mutualité sociale agricole

ressources, qui génèrent des déficits des branches maladie pris en charge par le régime général et retraite supporté par la caisse centrale.

Des marges d'autonomie financière demeurent dans les caisses locales. Leur encadrement est souhaitable. Ainsi le principe de l'émission qui permet aux caisses d'imputer en charges de gestion administrative les cotisations non recouvrées ne doit pas nuire à la qualité de la politique de recouvrement et son application doit être suivie par la caisse centrale et la tutelle.

De la même façon, une solidarité accrue entre caisses du réseau devrait conduire à la mutualisation et à la centralisation d'une partie des réserves financières.

## Une réflexion stratégique à préciser

La question se pose du maintien d'un réseau d'accueil dense et polyvalent, relativement coûteux, censé exercer la totalité de ces activités.

Deux voies doivent être explorées :

- les missions pour compte de tiers : des partenariats se sont multipliés tant au niveau des caisses locales (Unédic, Groupama...) qu'à celui de la caisse centrale (SNCF, RATP...). Ils permettent de rentabiliser les compétences techniques et de répartir les coûts fixes mais doivent être mieux encadrés ;

- les actions de coopération et de mise en commun de moyens avec les autres régimes (en particulier avec le régime général) ont été peu exploitées jusqu'à présent. Elles pourraient pourtant permettre d'élargir les perspectives de carrières et de mobilité des agents du réseau.

La question du transfert de la gestion des prestations familiales des allocataires des régimes agricoles aux CAF doit également être examinée, afin d'en améliorer l'efficacité et la sécurité de traitement.

À plus long terme, la question des règles de rattachement des salariés à la MSA ne pourra pas être éludée.

## Recommandations

→74. Expertiser d'ici 2013 le transfert aux CAF de la gestion de la branche famille des deux régimes salariés et non salariés.

→75. Evaluer l'impact d'un éventuel réaménagement des règles de rattachement des salariés à la MSA, de façon à régler notamment le problème d'équité lié aux droits des polypensionnés (orientation).

→76. Définir au niveau national dès le plan d'action stratégique les missions qui doivent être exercées à une échelle inter-caisses ou nationale et en tirer les conséquences sur les contrats pluriannuels d'objectif et de gestion.

→77. Développer les actions de coopération avec le régime général, en

particulier pour la formation des personnels.

→78. Donner compétence aux directeurs de caisse pour remettre les pénalités et majorations de retard, en-deçà d'un seuil à définir.

→79. Ajuster les taux des cotisations complémentaires de gestion pour qu'elles financent les charges exactes de gestion de chacun des régimes (salariés et non salariés).

→80. Réexaminer le statut des réserves financières des caisses locales et en centraliser la gestion.

→81. Définir les critères sélectifs permettant d'encadrer l'exercice des missions pour le compte de tiers.

## 16 Le suivi de la gestion du parc immobilier du régime général

### Un important parc immobilier mal géré

Les 5 400 bâtiments<sup>(10)</sup> occupés par le régime général constituent un vaste patrimoine de conception et de qualité très hétérogènes.

Il reste à ce jour mal connu en raison de l'absence de recensement exhaustif, d'évaluation précise des surfaces utilisées et d'estimation actualisée de sa valeur vénale.

La gestion de ce parc (assurée par environ 650 ETP au total) souffre d'un défaut de coordination et d'une implication inégale des caisses nationales. La tutelle par ailleurs ne s'est souciée que récemment de définir une politique immobilière et des orientations communes à toutes les branches.

L'extension aux autres branches de l'outil de suivi analytique du patrimoine de la branche maladie (Rapsodie) devrait aussi permettre, à moyen terme, d'établir une cartographie du patrimoine et des indicateurs de suivi de son occupation et de son exploitation.

### Une gestion peu active des surfaces occupées

Les différents mouvements en cours dans les branches (réductions d'effectifs, décentralisation de la gestion ou de l'accueil, fusions et regroupements d'organismes) ont libéré de nombreuses surfaces de bureaux et accru le nombre de bâtiments en sous-occupation. Certaines branches ont procédé à de premières cessions ou résiliations de locations. Pour autant, cette reconfiguration du patrimoine reste trop lente par rapport au rythme soutenu des libérations de locaux et les surfaces inoccupées vont continuer de croître.

### Une gouvernance collective en cours de rénovation

En 2010, la tutelle s'est attachée à définir des axes pour la gestion immobilière des caisses qui soient cohérents avec ceux de l'Etat, qu'il

(10) Représentant 6,3 millions de m<sup>2</sup>, dont 87,6 % sont détenus en pleine propriété.

# Le suivi de la gestion du parc immobilier du régime général

s'agisse du respect d'ici 2015 de l'objectif de 12 m<sup>2</sup> de surface utile nette par agent ou encore de la définition d'une méthodologie d'arbitrage entre acquisition et location.

Pour veiller à leur mise en œuvre, l'administration a choisi de s'appuyer fortement sur la direction de l'expertise immobilière (DEI) de l'union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS).

Mais l'affirmation du rôle croissant de l'UCANSS en matière d'assistance à la maîtrise d'ouvrage se heurte aux résistances notamment de la CNAMTS, mieux armée techniquement pour la gestion de dossiers immobiliers complexes.

L'UCANSS doit pourtant, à l'instar de ce que France Domaine a su devenir pour les administrations de l'Etat, s'affirmer comme un pôle d'expertise au service de l'ensemble des branches. Elle doit en particulier développer rapidement une mesure de l'évolution des coûts immobiliers par agent (pour

les opérations de construction comme de réhabilitation).

## Le fonctionnement des UIOSS

Les UIOSS, qui permettent de regrouper au sein d'un même immeuble des personnels issus de plusieurs branches du régime général, hébergent 22 000 agents. Cette formule de regroupement a vieilli et ses règles de fonctionnement s'avèrent souvent inadaptées pour mener de lourds travaux de rénovation et de réhabilitation. Les négociations et les financements inter-branches alourdissent et ralentissent la conduite des opérations, dont certaines se sont étalées sur 12 à 14 ans. Le nombre des dissolutions d'UIOSS révèle un mécontentement et il convient de remédier rapidement au fonctionnement défaillant de certaines d'entre elles.

## Recommandations

→ 82. Achever dans les meilleurs délais le recensement quantitatif et qualitatif du patrimoine en donnant la priorité :

- à la mesure en réel des surfaces utiles nettes (SUN) de l'ensemble des installations ;

- au calcul des ratios de surface par agent et des coûts d'investissement et d'exploitation par poste de travail (et non seulement par m<sup>2</sup>) ;

- à l'appréciation par des professionnels des valeurs vénales foncière et immobilière.

→ 83. Mettre en œuvre une gouvernance informatique collective coordonnée par l'UCANSS en veillant notamment au bon déploiement du logiciel Rapsodie dans l'ensemble des branches ;

→ 84. Faire de l'UCANSS un pôle d'expertise renforcé pour :

- suivre les coûts de construction et de réhabilitation par agent installé ;

- développer également des compétences en matière de négociation aussi bien pour les locations que pour une politique active de cession.

→ 85. Veiller au suivi des dossiers de restructuration et de réhabilitation concernant des établissements recevant du public et plus particulièrement des immeubles de grande hauteur.

→ 86. Dissoudre les UIOSS en situation critique.

## 17 Les contrôles de caisses dans le cadre du réseau d'alerte

### L'importante restructuration des réseaux de sécurité sociale

La recomposition des réseaux d'organismes se poursuit. Ainsi, le nombre de ces derniers a diminué de 41 % en dix ans, passant de 1 085 à 636 (au 31 décembre 2010).

Malgré ce mouvement de recomposition de l'organisation territoriale, la taille des organismes demeure un problème récurrent des réseaux.

### La définition d'une organisation optimale

Dans les départements peu peuplés, les organismes rencontrent les mêmes difficultés quelle que soit la branche ou le régime. Un nombre d'agents trop faible ne permet pas de faire face aux absences même réduites ni d'organiser une spécialisation sur les législations complexes. Il existe de fait une masse critique au-dessous de laquelle un organisme ne parvient pas à travailler correctement pour un coût normal.

A ce stade, la solution que constituent les restructurations n'apporte pas encore de bénéfices visibles.

Une autre forme de réponse consiste à multiplier les mutualisations. Ces formules, qui permettent à un organisme de prendre en charge une tâche pour ses cocontractants, doivent être encouragées car elles procurent des économies d'échelle.

L'atelier de régulation de la charge (ARC), instauré par la CNAF pour organiser l'entraide nationale entre caisses volontaires, est une initiative intéressante, bien que provisoire. Il a permis à la branche de faire face à des situations de surcharge et de venir en aide à des CAF en difficulté. Mais il a fait ressortir également les différences de traitement de dossiers similaires entre caisses, malgré l'effet, en principe structurant, des applications informatiques.

### Les limites du pilotage national des ressources humaines

*Une gestion peu satisfaisante des agents de direction par les caisses nationales*

Les caisses nationales ne disposent pas des moyens suffisants leur permettant de régler les difficultés constatées dans les caisses locales.

# Les contrôles de caisses dans le cadre du réseau d'alerte

Certes, les pouvoirs conférés à la CNAMTS en 2004 ont été étendus depuis aux autres caisses nationales : celles-ci non seulement nomment les directeurs et agents comptables des organismes locaux, mais peuvent également mettre fin à leurs fonctions pour un motif autre que disciplinaire. Cependant, dans les faits, les dispositifs prévus font que l'accord de l'agent en cause est indispensable pour mettre fin à ses fonctions.

## *La longueur du mandat des dirigeants*

Il existe de fait une sorte d'inamovibilité des agents de direction. Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, sur les 321 postes de directeur d'organisme de base des

quatre réseaux du régime général, 65 (20 %) étaient en place depuis plus de dix ans, dont 15 depuis vingt ans et plus. Or, il ressort des contrôles du réseau d'alerte que nombre d'organismes en difficulté ont eu, dans une période récente, des dirigeants restés trop longtemps en poste.

Comme pour la plupart des réseaux publics ou para-publics, il paraît donc indispensable d'assurer une rotation des responsables d'organisme, sur la base d'une durée raisonnable (six ou sept ans paraissant être un bon étalon en la matière), tout en organisant mieux la carrière des personnes concernées en contrepartie d'une mobilité et d'une responsabilisation accrues.

## Recommandations

➔ 87. Renforcer l'intervention des caisses nationales dans la sanction des directeurs et agents comptables des caisses (recommandation réitérée).

➔ 88. Limiter la durée maximale de fonction sur un même poste des agents de direction et adapter les règles de gestion de leurs carrières en conséquence (recommandation réitérée).