COUR DES COMPTES

LA SÉCURITÉ SOCIALE

SEPTEMBRE 2007

	Pages	Réponses
Introduction générale	***1***	
Première partie – La situation des comptes sociaux en 2006	***3***	***427***
CHAPITRE I **AVIS SUR LES TABLEAUX D'ÉQUILIBRE**	***5***	**427**
I. L'avis de la Cour sur les tableaux d'équilibre	7	
A. La nature et la portée de l'avis de la Cour	8	
B. La construction des tableaux d'équilibre	9	
C. Les tableaux d'équilibre de l'exercice 2006	17	
D. L'avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre	19	
II. L'évolution des comptes sociaux en 2006	21	
A. L'architecture des comptes sociaux	21	
B. Les évolutions retracées dans les tableaux d'équilibre 2006	23	
C. Les évolutions des fonds de financement	35	
III. La contribution des tableaux d'équilibre à l'analyse des comptes sociaux	38	
A. Un outil qui permet de réaliser une analyse synthétique des évolutions de l'année	38	
B. Les limites des tableaux d'équilibre	38	
Recommandations	*39*	
CHAPITRE II **LES RÉSULTATS ET LE FINANCEMENT DES RÉGIMES SOCIAUX**	**41**	**428**
I. Les résultats financiers	43	
A. Les résultats du régime général	43	
B. Les résultats consolidés des régimes obligatoires de base et des fonds de financement	44	
II. Les dettes de l'Etat envers les régimes sociaux	45	
A. Les dettes inscrites dans le bilan de l'Etat	45	

	Pages	Réponses
B. L'état semestriel des créances et dettes envers les régimes obligatoires de base	47	
III. La couverture en 2006 des besoins de financement	48	
A. Les plafonds d'avances autorisés en 2006	48	
B. Le découvert du régime général	49	
C. Le financement du FFIPSA	52	
IV. Les besoins de financement jusqu'en 2009	53	
A. Les déficits cumulés à fin 2006	53	
B. Les prévisions 2007-2009 annexées aux lois de financement	54	
C. Les déficits pris en charge par la CADES	56	
V. Les réserves constituées par le fonds de réserve pour les retraites (FRR)	58	
Recommandations	*60*	
CHAPITRE III L'OBJECTIF NATIONAL DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM)	**61**	**429**
I. L'ONDAM : vue d'ensemble	63	
A. Une nomenclature en six sous-objectifs	63	
B. La construction de l'ONDAM	65	
C. La mise en œuvre	67	
II. Les dépenses de soins de ville en 2006	72	
A. Vue d'ensemble	72	
B. Les économies prévues et réalisées	72	
C. Les principaux postes de dépenses	75	
III. Les dépenses des établissements de santé en 2006	76	
A. La définition de l'ONDAM hospitalier 2006	77	
B. Les réalisations 2006	86	
Conclusion	*89*	
Recommandations	*89*	

	Pages	Réponses
Deuxième partie – La gestion des risques	***91***	**430**
CHAPITRE IV **LA FIABILITÉ DES COMPTES DES HÔPITAUX**	**93**	**430**
I. Les ambiguïtés des comptes hospitaliers	95	
A. Une série statistique sur les comptes des hôpitaux faussée jusqu'en 2005	95	
B. La régularité comptable contrariée par la contrainte budgétaire	96	
C. Les limites des dispositifs visant à une plus grande fiabilité des comptes	98	
II. L'occultation des déficits et des excédents	100	
A. Des déficits masqués par diverses pratiques	100	
B. Des excédents occultés par divers artifices	106	
C. Des résultats comptables dépourvus de sens	109	
III. La méconnaissance des actifs et des passifs	110	
A. La connaissance imparfaite des actifs immobilisés	110	
B. Les imprécisions et incertitudes sur les dettes et les créances	111	
IV. La lente mise en place de la comptabilité analytique	113	
A. Les dispositifs prévus	113	
B. Les obstacles au déploiement des analyses de coût	114	
Synthèse	*116*	
Recommandations	*117*	
CHAPITRE V **LES CONTRÔLES DES COREC**	**119**	**433**
I. Les actions de contrôle des (COREC)	121	
A. Le nombre et la diversité des organismes	121	
B. Les contrôles réalisés	123	
C. Le sens des avis rendus	124	
D. La situation particulière de deux CGSS	126	

	Pages	Réponses
II. Le suivi des organismes en signalement	128	
A. Un suivi par les caisses nationales récent et encore partiel	130	
B. Les mesures correctives prises par les caisses locales	131	
Recommandations	*135*	
CHAPITRE VI **L'ASSIETTE DES PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX FINANÇANT LE RÉGIME GÉNÉRAL**	**137**	**449**
I. Les prélèvements sociaux sur les revenus d'activité	142	
A. Les mesures pour l'emploi	142	
B. Les dispositifs d'association des salariés aux résultats des entreprises	143	
C. La protection sociale en entreprise	149	
D. Les compléments de salaires affectés	150	
E. Les indemnités de départ de l'entreprise	152	
F. Les dispositifs spécifiques à certaines professions	153	
II. Les revenus du patrimoine	155	
III. Les prélèvements sociaux sur les prestations sociales	157	
IV. Les cotisations des employeurs publics	158	
A. Les cotisations maladie	159	
B. Les cotisations familiales	160	
V. L'enjeu financier pour les ressources du régime général	161	
Synthèse	*166*	
Recommandations	*166*	

	Pages	Réponses
CHAPITRE VII **LA NOUVELLE GOUVERNANCE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE**	**167**	**450**
I. La réorganisation des régimes obligatoires	169	
A. La redéfinition des pouvoirs au sein du régime général	169	
B. Une meilleure coordination des régimes de base	170	
II. La redistribution des responsabilités	172	
A. Un transfert de compétences de l'Etat à l'UNCAM à portée limitée	173	
B. Un renforcement des structures concourant à la régulation des dépenses	175	
C. Une association des organismes nouvellement créés qui peine à s'imposer	180	
III. L'extension du champ de la négociation conventionnelle	183	
A. Les professionnels de santé sont reconnus comme acteurs essentiels de la gouvernance de l'assurance maladie	183	
B. L'UNCAM est délégataire du pouvoir de négociation conventionnelle	184	
C. Le rôle de l'Etat doit être mieux défini	185	
Synthèse	*186*	
Recommandations	*186*	
CHAPITRE VIII **LES MÉDECINS LIBÉRAUX : DÉMOGRAPHIE, REVENUS ET PARCOURS DE SOINS**	**187**	**454**
I. La démographie médicale et l'organisation de la médecine de ville	189	
A. La situation démographique	190	
B. La démographique médicale et l'organisation du système de soins	195	
II. Les rémunérations et les revenus des médecins libéraux	202	

	Pages	Réponses
A. Qu'entend-on par « revenus » des médecins libéraux ?	203	
B. L'évolution du revenu d'activité libérale des médecins sur dix ans	212	
C. La question des dépassements d'honoraires et du nouveau secteur optionnel	217	
III. La classification commune des actes médicaux	226	
A. Les principes de la CCAM	227	
B. Une application qui s'éloigne des principes initiaux	228	
IV. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonné	232	
A. Le contexte	232	
B. Les principes novateurs	234	
C. La mise en place du parcours de soins coordonné	238	
D. Les caractéristiques financières du dispositif à fin 2006	245	
Conclusion	*254*	
Recommandations	*255*	
CHAPITRE IX LA DÉPENSE DE MÉDICAMENTS	**257**	**456**
I. L'admission au remboursement	260	
A. Les critères de l'évaluation initiale	260	
B. L'évaluation des médicaments « en vie réelle »	264	
C. La transparence de l'évaluation des médicaments	268	
II. La consommation et la prescription	271	
A. La consommation	271	
B. La qualité de la prescription et ses déterminants potentiels	274	

	Pages	Réponses
III. L'achat des médicaments dans les établissements de santé	286	
A. L'évolution de la dépense et des prix	287	
B. La politique publique	293	
C. Les pratiques des établissements	300	
Synthèse	*304*	
Recommandations	*305*	
CHAPITRE X LE PARTAGE DES DONNÉES ENTRE LES SYSTÈMES D'INFORMATION DE SANTÉ	**307**	**465**
I. Les principales conditions de l'interopérabilité	310	
A. L'identification des patients	310	
B. L'identification des professionnels de santé	312	
C. La normalisation des échanges	314	
D. La sécurisation des échanges	315	
E. La mise en œuvre des conditions d'interopérabilité	315	
II. Les limites actuelles du développement de l'interopérabilité	316	
A. L'atomisation du parc de logiciels	316	
B. Une typologie limitée des échanges formalisés entre professionnels de santé	317	
C. Les règles relatives à la confidentialité des échanges entre professionnels de santé	318	
III. Les actions mises en œuvre par les pouvoirs publics pour développer l'interopérabilité des systèmes d'information de santé	319	
A. Pour la médecine de ville	319	
B. Pour le secteur hospitalier	321	
C. Une coordination insuffisante au niveau du ministère de la santé	325	
Synthèse	*327*	
Recommandations	*328*	

	Pages	Réponses
CHAPITRE XI **LES AIDES PUBLIQUES AUX FAMILLES**	**329**	
I. Les contours des aides publiques aux familles	332	
A. Les aides versées par les caisses d'allocations familiales	333	
B. Les autres aides aux familles	336	
C. L'effort financier global en faveur des familles	338	
II. L'évolution des prestations versées par la branche famille	339	
A. Un redéploiement en faveur des prestations ciblées	339	
B. La régulation des dépenses de la branche famille	342	
III. La compensation du coût de l'enfant	344	
A. Les effets redistributifs des aides aux familles	345	
B. Certaines dépenses pourraient être réexaminées	351	
IV. La conciliation vie professionnelle/vie familiale	355	
A. Un effort financier important	356	
B. La recherche d'une plus grande rationalité	362	
Synthèse	*366*	
Recommandations	*367*	
CHAPITRE XII **L'AVENIR DU RÉGIME AGRICOLE**	**369**	**466**
I. Un financement non contributif très important	371	
A. La solidarité interprofessionnelle : la compensation démographique	372	
B. La solidarité nationale	373	

	Pages	Réponses
II. Une assiette sociale minorée	374	
A. Des cotisations assises sur le revenu professionnel	375	
B. L'insuffisance de l'assiette sociale	376	
III. Des actions de recouvrement perfectibles	381	
A. Le contrôle effectué par les caisses de MSA	381	
B. Le recouvrement forcé	382	
C. L'aide au paiement des cotisations	383	
IV. Des gains de productivité nécessaires	384	
A. L'organisation de la mutualité sociale agricole doit être reconfigurée	384	
B. La gestion des caisses de MSA doit être améliorée	386	
V. Une tutelle à réformer	390	
A. Le pilotage central doit être renforcé	390	
B. La réforme nécessaire du rôle de la tutelle	392	
Conclusion	*393*	
Recommandations	*394*	
Conclusion générale	***395***	
Annexe	***399***	
Réponses des ministres	***405***	
Réponses des administrations et des organismes	***425***	
Glossaire	***471***	

DÉLIBÉRÉ

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

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

***

Etaient présents : M. Séguin, premier président, MM. Pichon, Picq, Babusiaux, Mmes Bazy Malaurie, Cornette, Ruellan, MM. Hernandez, Descheemaeker, présidents de chambre, MM. Gastinel, Delafosse, Cieutat, Carrez, Cretin, Sallois présidents de chambre maintenus en activité, MM. Chartier, Capdeboscq, Hespel, Richard, Devaux, Arnaud, Bayle, Bouquet, Adhémar, Gillette, Ganser, Martin (Xavier-Henri), Bertrand, Monier, Cardon, Thérond, Mme Froment-Meurice, MM. Moreau, Ritz, Mme Levy-Rosenwald, MM. Duchadeuil, Pannier, Lebuy, Thélot, Lesouhaitier, Lefas, Durrleman, Gauron, Alventosa, MM. Braunstein, Delin, Mme Dayries, MM. Levy, Deconfin, Tournier, Mme Seyvet, MM. Bonin, Vivet, MM. Cossin, Ténier, Diricq, Lefebvre, Mme Aubin-Saulière, Sabbe, Petel, Valdiguié, Lair, Corbin, Ravier, Viveret, MM. de Gaulle, Korb, Guibert, Uguen, Mmes Briguet, Carrère-Gée, MM. Zerah, Piolet, conseillers maîtres, MM. Gleizes, Lemasson, Cultiaux, Schaefer, d'Aboville, Cadet, conseillers maîtres en service extraordinaire, M. Rabaté, conseiller maître, rapporteur général.

Etait présent et a participé aux débats : M. Bénard, Procureur général, assisté de M. Feller, avocat général.

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

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

Fait à la Cour, le 12 septembre 2007.

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

- M. Christian Cardon, Mme Marianne Lévy-Rosenwald, MM. André Gauron, Michel Braunstein, Christian Phéline, Jean-Pierre Bonin, Noël Diricq, Laurent Rabaté, conseillers maîtres ;

- M. Pascal Samaran, Mme Marie-Pierre Cordier, M. Benoît Guérin, M. Christophe Colin de Verdière, Mmes Caroline Régis, Pascale Bouzane de Mazery, Stéphanie Bigas-Reboul, M. Christophe Rosenau, conseillers référendaires ;

- M. Maximilien Queyranne, auditeur ;

- M. Sébastien Gallée, Mmes Anny Golfouse-Buet, Geneviève Jourdier, MM. Loïc Guinard, Frédéric Salas, rapporteurs ;

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

- Mme Camille L'Hernault, expert.

Ce projet de rapport avait été délibéré par la 6ème chambre de la Cour les 4 et 9 juillet 2007 sous la présidence de Mme Rolande Ruellan, présidente de chambre.

Ce projet a ensuite été arrêté par le Comité du rapport public et des programmes du 20 juillet 2007 présidé par M. Philippe Séguin, premier président, et a été communiqué, en totalité ou par extraits, aux administrations et organismes concernés.

L'examen des réponses des administrations et organismes a été effectué par la 6ème chambre le 31 août 2007.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Aux termes de l'article 47-1 dernier alinéa de la Constitution, le rapport annuel sur les lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) est l'un des outils par lesquels la Cour des comptes « assiste le Parlement et le Gouvernement dans le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale ». La loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a récemment redéfini les modalités de cette mission, par deux dispositions qui entrent en vigueur en 2007 :

- *est désormais prévu un rapport, distinct du RALFSS, consacré à la certification des comptes du régime général pour le dernier exercice clos. Ce rapport[1] a déjà été remis au Parlement et au Gouvernement ;*
- *est demandée par ailleurs la production d'un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos. La loi précise que cet avis est inclus dans le RALFSS.*

Ces deux dispositions conduisent à renouveler la présentation de la première partie du présent rapport consacrée comme les années précédentes à l'examen des données financières de l'exercice clos pour l'ensemble des régimes et des branches. La Cour a cherché à apprécier la cohérence des tableaux d'équilibre par branches. Puis, comme les années précédentes, elle présente une analyse des modalités permettant de financer leur déficit. Enfin, elle procède à un examen de la construction et de la réalisation de l'ONDAM et de ses sous-objectifs, ce qui permet de suivre la part soumise à régulation des dépenses d'assurance maladie.

La deuxième partie de ce rapport est elle aussi renouvelée, mais de manière plus limitée, suite à des apports législatifs récents : la Cour rend désormais compte dans le RALFSS des travaux qui portent notamment « sur l'évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements financés par l'assurance maladie[2] » menés « en liaison avec les chambres régionales des comptes et intégrés dans un programme triennal ». Deux enquêtes ont ainsi été effectuées en 2006 sur la fiabilité des comptes des hôpitaux et sur les achats de médicaments à l'hôpital.

Enfin, le suivi de l'application des lois de financement demandé à la Cour des comptes par la loi organique repose comme les années

---

1. Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale 2006, juin 2007.
2. Selon les dispositions de la loi de financement pour 2005, codifiées à l'article L. 132.3.2 du code des juridictions financière.

précédentes sur des enquêtes thématiques consacrées à la gestion des risques. Elles portent notamment sur l'assiette des prélèvements sociaux qui est amputée de divers éléments de rémunération et sur les aides aux familles. Des insertions sont consacrées à l'assurance maladie qui font, pour certaines, le bilan de la mise en œuvre de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Sont ainsi abordés les thèmes de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie, certaines modalités d'exercice de l'activité et de la rémunération des médecins libéraux, la consommation de médicaments et le partage de données entre systèmes d'information. Enfin, la Cour s'interroge sur l'avenir du régime de protection sociale des exploitants agricoles.

PREMIERE PARTIE

LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX 2006

Chapitre I

Avis sur les tableaux d’équilibre

PRÉSENTATION

Conformément à l'article LO 132-3 du code des juridictions financières, le présent chapitre « comporte la production d'un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos » des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes. En application de la loi organique du 2 août 2005 (LOLFSS), ces tableaux sont retracés dans les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) et soumis au vote du Parlement. Ce dernier approuve ainsi chaque année les tableaux du dernier exercice clos et les tableaux prévisionnels de l'année en cours et de celle visée par la loi. Les tableaux de l'exercice 2006, dont ce chapitre rend compte, figureront ainsi dans la première partie de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 relative à l'exercice clos.

Dans une première partie, ce chapitre expose les diligences effectuées par la Cour et son avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre. Cet exercice est totalement distinct de la certification des comptes du régime général. Ces tableaux servent également de cadre à l'analyse des évolutions présentées dans la deuxième partie de ce chapitre. Comme les années précédentes, celle-ci permet de rendre compte, d'une part, des écarts observés dans la réalisation des produits et charges par branches par rapport aux montants votés par le Parlement ainsi que de ceux constatés pour les fonds de financement et, d'autre part, des évolutions intervenues d'une année sur l'autre.

I - L'avis de la Cour sur les tableaux d'équilibre

Les tableaux d'équilibre sont en substance des comptes de résultat consolidés des régimes et organismes de sécurité sociale, présentés sous une forme simplifiée. Ils ne comportent en effet que trois agrégats comptables : les charges, les produits et le résultat net de l'exercice, dénommés, de manière d'ailleurs impropre, « dépenses », « recettes » et « solde ». Pour le présent chapitre, la Cour a retenu la terminologie comptable habituelle.

Les tableaux d'équilibre, rétrospectifs et prévisionnels, portent sur trois périmètres distincts définis par la LOLFSS :

- l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, présentés par branche[3] ;
- le régime général, présenté par branche ;
- les organismes concourant au financement de ces régimes : fonds de solidarité vieillesse (FSV) et fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA).

A – La nature et la portée de l'avis de la Cour

D'une portée différente d'une position formulée dans le cadre d'une mission de certification, l'avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre exprime l'appréciation de la Cour sur la cohérence d'ensemble de la présentation des résultats annuels de la sécurité sociale pour l'exercice 2006.

Les vérifications auxquelles la Cour a procédé en vue de formuler son avis ont principalement porté sur l'appréciation des éléments suivants :

- les processus de centralisation et de contrôle des comptes des régimes, branches et organismes concourant au financement des régimes (FSV, FFIPSA), en amont de leur consolidation dans les tableaux d'équilibre ;
- les modalités d'établissement des tableaux d'équilibre, au regard des normes comptables applicables, en particulier celles relatives aux opérations de consolidation comptable. A ce titre ont notamment été analysés la nature et les montants des retraitements opérés sur les comptes annuels des organismes ;
- la comparabilité des résultats d'ensemble exprimés par les tableaux d'équilibre de l'exercice 2006 avec les tableaux d'équilibre prévisionnels pour ce même exercice et ceux de 2005. A cette fin, la permanence des modalités d'établissement dans le temps a été examinée.

Par nature, l'avis de la Cour ne vise pas à porter une appréciation sur les comptes des organismes compris dans le périmètre des tableaux d'équilibre. Cependant, il tient compte des conclusions des missions de

3. La liste des régimes est fixée par une annexe au PLFSS actualisée tous les trois ans. Elle n'a pas connu d'évolution majeure en 2006 en dehors de la création du régime social des indépendants (RSI) résultant de la fusion de la CANAM, de la CANCAVA et de l'ORGANIC. Il est précisé que cette liste exclut les régimes de retraite de l'Assemblée nationale et du Sénat, ainsi que les caisses de Saint Pierre et Miquelon et de Mayotte.

certification légale ou contractuelle réalisées par des auditeurs indépendants dans certains organismes au titre des comptes de l'exercice 2006, dont le régime général audité directement par la Cour.

B – La construction des tableaux d'équilibre

La construction des tableaux d'équilibre, prévisionnels et rétrospectifs, repose sur un processus de consolidation comptable dont les principales étapes sont :

- la collecte des comptes de résultat annuels des régimes et organismes correspondant au périmètre des tableaux d'équilibre et leur contrôle ;
- le cumul des comptes de résultat des régimes et organismes ;
- le retraitement de certaines opérations traduites dans les comptes des régimes et organismes de sécurité sociale, notamment celles effectuées entre régimes et branches.

L'examen du processus de construction des tableaux d'équilibre fait apparaître des limites susceptibles d'affecter la fiabilité des données financières présentées dans les tableaux d'équilibre. En outre, certains retraitements effectués sur les comptes des régimes et branches n'ont pas de justification comptable au regard des règles généralement admises en matière de consolidation. Ils sont de nature à fausser pour partie la lecture des résultats annuels de la sécurité sociale au titre de 2006. Enfin, le calendrier tardif d'établissement et de transmission des tableaux d'équilibre définitifs de l'année 2006 a pesé sur le déroulement des vérifications de la Cour.

1 – Une visibilité partielle sur la qualité des comptes des régimes et organismes

La qualité des résultats consolidés présentés dans les tableaux d'équilibre dépend directement de celle des comptes des régimes et organismes pris en compte pour leur établissement. A cet égard, la Cour a examiné les éléments susceptibles de lui apporter une assurance sur la qualité de ces comptes et sur leur conformité aux règles comptables applicables à la sécurité sociale, qu'ils soient d'origine interne (dispositifs de contrôle mis en œuvre dans le cadre de l'établissement des tableaux d'équilibre) ou externe (conclusions d'auditeurs indépendants).

a) Les limites inhérentes au processus de centralisation et de contrôle des comptes

Dans le cadre de la production des tableaux d'équilibre, les régimes et organismes de sécurité sociale établissent des « tableaux de centralisation des données comptables » (TCDC), qui correspondent à une ventilation par branche de leurs comptes annuels. Pour les régimes gérant plusieurs risques, l'établissement des TCDC donne donc lieu à une affectation des produits ou charges non rattachés directement à une branche. Les TCDC prennent la forme d'une balance comptable des charges et produits, sans élément de bilan.

La centralisation des comptes des régimes et organismes de sécurité sociale est placée sous la responsabilité d'une mission interministérielle rattachée aux services du ministre chargé de la sécurité sociale, la mission comptable permanente (MCP). La MCP est notamment chargée de « s'assurer de [la] qualité » des comptes annuels et de « veiller à l'exacte application des principes comptables » (art. D. 114-3-3 du code de la sécurité sociale -CSS-). En réalité, l'effectivité de ses contrôles sur les comptes est limitée en raison notamment de l'insuffisance des moyens. En revanche, cette mission n'est pas responsable de l'établissement des tableaux d'équilibre, qui relève de la sous-direction des études et des prévisions financières de la direction de la sécurité sociale (DSS).

Une absence de vérification de la cohérence générale des TCDC avec les comptes annuels

Un arrêté ministériel du 30 décembre 2005 fixe les dates auxquelles les régimes et organismes de sécurité sociale sont tenus de transmettre leurs TCDC et comptes annuels à la mission comptable permanente, respectivement au 15 mars n+1 et au 15 avril n+1. Cependant, à fin mai 2007, la MCP ne disposait pas des comptes annuels des régimes de sécurité sociale au 31 décembre 2006, autres que ceux du régime général.

De fait, cette mission ne procède pas à des vérifications de la cohérence des TCDC avec les comptes annuels des régimes et organismes de sécurité sociale, ayant pour objet de s'assurer que les TCDC correspondent bien à leurs comptes définitifs, le cas échéant certifiés[4]. Des contrôles comptables automatisés sont cependant effectués en vue

4. Il s'agirait ici d'additionner les agrégats (total des charges, des produits et du résultat net) des TCDC par branche de chaque régime et de les comparer avec les mêmes agrégats des comptes annuels des régimes toutes branches confondues.

d'identifier des incohérences dans la saisie des TCDC. Ils n'apportent par nature qu'une assurance limitée[5].

La Cour a effectué des vérifications visant à s'assurer de la cohérence des TCDC avec les comptes annuels transmis par les régimes à sa demande. Dans la mesure où les comptes annuels des régimes (hors régime général) sont présentés toutes branches confondues, ces vérifications ont uniquement porté sur le montant total, non ventilé par branche, des charges, produits et résultats nets des régimes. Elles excluent cependant certains régimes, notamment le régime social des indépendants et les régimes agricoles, dont les comptes annuels n'étaient pas disponibles à fin juin 2007.

La Cour a relevé des écarts globalement peu significatifs mais pouvant être source de confusion. Ainsi, les charges et produits présentés au titre de la branche famille du régime général diffèrent de 229 M€ des comptes combinés établis par cette branche pour l'exercice 2006[6].

Une absence de suivi des modalités de ventilation de certains produits et charges par branche

Comme évoqué précédemment, les régimes gérant plusieurs branches (régimes agricoles, régime social des indépendants) procèdent, pour l'établissement de leurs TCDC par branche, à la ventilation de certains produits et charges non affectés directement à un risque dans leurs comptes annuels. Il s'agit en particulier de produits techniques alloués globalement (certains impôts et taxes affectés, subventions, dotations d'équilibre), ainsi que des charges et produits de gestion courante, financiers et exceptionnels. Ces opérations de ventilation ont une incidence directe sur la présentation par branche des tableaux d'équilibre.

Malgré les risques d'erreur ou d'anomalie liés à ces opérations, la MCP ne connaît pas avec précision, pour chaque régime concerné, la nature et le poids relatif des produits et charges faisant l'objet d'une répartition dans les TCDC. Les règles fixées en 2001 par le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale à ce titre sont peu précises[7] et leur mise en œuvre par les régimes ne fait pas l'objet d'un

5. Par exemple : contrôle de l'égalité débit/crédit, recalcul des sommes arithmétiques, vérification de l'absence de montants négatifs.

6. Sans incidence sur le solde, toutefois ; cette situation résulte de retraitements divers effectués à la demande de la MCP à partir des comptes combinés arrêtés par la CNAF. En tout état de cause, le tableau d'équilibre du régime général devrait refléter exactement les montants inscrits dans les comptes.

7. Les régimes peuvent retenir une répartition fondée soit sur des « données issues de la comptabilité analytique », soit sur « des clés de répartition qu'ils calculent ».

suivi visant à s'assurer de la pertinence des clés de répartition utilisées et de leur permanence dans le temps.

En l'absence d'un tel suivi, la Cour ne peut apporter d'assurance sur la ventilation par branches des charges, produits et résultats nets présentée au titre des régimes autres que le régime général dans les tableaux d'équilibre des différentes périodes. Si cette appréciation est à nuancer par le poids financier limité des régimes et opérations concernés dans le montant total des charges et produits, la ventilation des résultats nets entre branches paraît néanmoins susceptible d'être affectée. A la différence des charges et produits, les résultats sont en effet sensibles à des variations de quelques centaines de millions d'euros.

b) Les éléments d'assurance apportés par des auditeurs externes

Les conclusions des missions de certification des comptes des organismes de sécurité sociale, dotés d'auditeurs légaux ou contractuels en 2006, permettent d'apporter -ou non- une assurance sur la sincérité, la régularité et l'image fidèle donnée par les comptes de résultat des régimes et organismes de sécurité sociale qui font l'objet d'une consolidation dans les tableaux d'équilibre.

Pour les branches maladie, retraite et accidents du travail et maladies professionnelles du régime général, cette assurance a été apportée par la Cour, sous diverses réserves, dans son rapport sur la certification des comptes de l'exercice 2006. S'agissant des comptes de la branche famille du régime général, qui concerne l'ensemble des assurés sociaux (salariés, fonctionnaires, indépendants), la Cour n'a pas été en mesure d'exprimer une opinion et est donc dans l'impossibilité de certifier ou de ne pas certifier les comptes.

Le poids du régime général est très variable d'une branche à l'autre : de l'ordre de 86 % pour la branche maladie, de 87 % pour la branche ATMP, de 52 % pour la branche vieillesse et de 99 % pour la branche famille (le solde, dans ce dernier cas, étant constitué par les seules charges de gestion administrative de certains régimes délégataires des prestations familiales).

En dehors du régime général, les régimes d'ores et déjà dotés d'auditeurs légaux ou contractuels sont peu nombreux. La LFSS pour 2006 a en effet prévu que ces régimes soient dotés d'un commissaire aux comptes au plus tard au titre des comptes de l'exercice 2008. Pour l'exercice 2006, seuls les comptes de la CNRACL, de la CNIEG, des

régimes de la SNCF, ainsi que d'autres régimes de moindre taille[8] ont fait l'objet d'une certification, avec ou sans réserve. Ils représentent environ 25 % des charges et produits des régimes autres que le régime général et 71 % de leur résultat net annuel, qui s'établit à +791 M€ en 2006.

Au total, les comptes des régimes de sécurité sociale n'ayant pas fait l'objet d'un audit en 2006 représentent environ 22 % des charges et produits de l'ensemble des régimes de base, mais 75 % de ceux des régimes autres que le régime général. En outre, le FSV et le FFIPSA ne sont pas dotés de commissaires aux comptes.

2 – Un outil de consolidation inadapté

Les tableaux d'équilibre résultent de la consolidation des comptes de résultat des régimes et branches (TCDC, voir supra), effectuée au moyen de l'outil bureautique Excel. Outre l'absence de chemin de révision d'Excel, cet outil présente une souplesse insuffisante dans une perspective d'analyse et de contrôle des comptes consolidés des régimes de sécurité sociale établis selon les périmètres respectifs des tableaux d'équilibre (régime général, ensemble des régimes de base, organismes concourant à leur financement).

En particulier, l'absence d'états de restitution sous la forme de comptes de résultat synthétiques par branche et régime ou de vision comparative (prévisions/n/n-1) limite les possibilités d'appréciation de la cohérence des données financières consolidées et l'identification d'éventuelles anomalies.

En outre, les étapes de la consolidation (cumul des comptes, retraitements par nature) ne font pas l'objet d'une restitution par branche et régime. Pour le tableau d'équilibre par branche de l'ensemble des régimes, la Cour n'a donc pas été en mesure de s'assurer directement de la concordance entre les TCDC effectivement consolidés, présentés sous forme cumulée sans détail par régime et ceux qu'elle avait examinés (voir supra).

Néanmoins, les contrôles alternatifs effectués par la Cour permettent d'apporter une assurance sur le caractère exhaustif, sous des réserves mineures[9], du périmètre des régimes intégrés dans le tableau d'équilibre au regard de la liste des régimes annexée à la LFSS pour 2006, ainsi que sur l'absence d'anomalie significative dans l'« addition » des TCDC.

---

8. Dont le FSPOEIE, la CNMSS, la caisse de prévoyance de la banque de France, l'ATIACL.

9. Absence de prise en compte du port autonome de Strasbourg et régime des cultes d'Alsace Moselle.

En tout état de cause, cependant, l'outil de consolidation des comptes des régimes de sécurité sociale qui sous tend l'établissement des tableaux d'équilibre votés par le Parlement ne permet pas de disposer d'états de synthèse comptables et financiers appropriés pour l'analyse et le contrôle des résultats annuels de la sécurité sociale.

3 – Une justification comptable partielle des retraitements de consolidation

Dans le cadre de l'établissement des tableaux d'équilibre, des retraitements sont effectués sur les comptes des régimes de sécurité sociale, dont seule une partie trouve une justification comptable.

a) Les retraitements comptables justifiés

Conformément aux règles comptables applicables en matière de consolidation, des retraitements sont opérés en vue d'annuler, d'une part les charges et produits relatifs aux relations financières entre organismes d'une même branche, et d'autre part ceux relatifs aux relations financières entre organismes appartenant à des branches différentes. Ces retraitements n'ont par nature pas d'effet sur le résultat net de l'année.

Les retraitements d'opérations entre régimes d'une même branche concernent exclusivement le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes. Répercutés directement dans les charges et produits par branche présentés dans les tableaux d'équilibre, ils portent principalement sur les compensations inter-régimes et les flux entre la CNAVTS et la CNIEG suite à l'adossement d'une partie du financement du régime des Industries électriques et gazières au régime général en 2005. Ils s'établissent à un peu plus de 20 Md€ au titre de 2006.

Les retraitements d'opérations entre branches représentent environ 5 Md€ pour le régime général et 5,1 Md€ pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale. Ils concernent essentiellement les cotisations d'assurance vieillesse des parents au foyer versées par la CNAF à la CNAVTS (4,2 Md€). Dans les tableaux d'équilibre, ces retraitements sont présentés directement en minoration des charges et produits toutes branches confondues. Par conséquent, la somme des produits et charges des branches ne correspond pas au montant indiqué au titre du « total toutes branches confondues ». Les tableaux d'équilibre comportent toutefois une mention indiquant que ce total est « hors transferts entre branches ».

Sur la base des vérifications qu'elle a effectuées, la Cour est en mesure d'indiquer que l'ensemble des relations financières significatives entre organismes et régimes a été recensé, évalué et retraité de manière

satisfaisante dans les tableaux d'équilibre de l'exercice 2006. En outre, elle relève la permanence et le caractère comparable des retraitements effectués au titre de 2006 avec ceux retenus pour les tableaux d'équilibre prévisionnels pour 2006 votés par le Parlement ainsi que de ceux de l'exercice 2005.

b) Les retraitements sans justification comptable

Les tableaux d'équilibre intègrent des retraitements dont la Cour a déjà souligné, dans ses précédents rapports, l'absence de justification comptable. Ces retraitements, systématiquement mis en œuvre, ont pour effet de minorer de manière substantielle le montant affiché des charges et produits de certaines branches dans les tableaux d'équilibre des régimes de sécurité sociale (11,4 Md€ pour le régime général et 14,4 Md€ pour l'ensemble des régimes). Ils n'ont pas d'effet sur les résultats nets des branches.

Cela concerne d'une part les flux financiers relatifs à la prise en charge des cotisations maladie des praticiens médicaux par la CNAMTS et les autres régimes de sécurité sociale (principalement le régime social des indépendants et les régimes agricoles) qui sont déduits des charges et produits de la branche maladie (1,1 Md€ pour le régime général et 1,3 Md€ pour l'ensemble des régimes en 2006). Or, ces flux ne peuvent être considérés comme étant purement « internes » au périmètre de la sécurité sociale dans la mesure où ils bénéficient à des tiers, les praticiens médicaux, qui devraient s'acquitter de cotisations sociales si celles-ci n'étaient pas prises en charge par les régimes de sécurité sociale.

Cela concerne d'autre part des retraitements de nature diverse, qui contreviennent également au principe comptable de non-compensation des charges et produits et qui sont pratiqués au motif principal d'une meilleure traduction économique des opérations de l'année. Ils correspondent principalement :

- aux reprises sur provisions pour prestations sociales et dépréciation des créances sur les prestataires (7,8 Md€ pour le régime général et 10,1 Md€ pour l'ensemble des régimes), déduites des dotations aux provisions pour ne faire apparaître que des « dotations nettes » ;
- aux pertes sur créances de cotisations irrécouvrables (1,7 Md€ pour le régime général et 1,9 Md€ pour l'ensemble des régimes en 2006), qui sont déduites des charges et produits afin d'être rattachées aux produits de cotisations sociales ;
- aux produits de gestion courante (0,6 Md€ pour le régime général et 1,1 Md€ pour l'ensemble des régimes), déduits des charges de gestion pour ne présenter que des « charges nettes de gestion ».

La Cour ne peut que constater le maintien injustifié, malgré ses recommandations, de retraitements qui affectent en partie la lecture des résultats présentés dans les tableaux d'équilibre et leur comparabilité avec les comptes annuels des régimes, en particulier ceux du régime général.

Ces retraitements introduisent en outre une dissymétrie dans les tableaux : le résultat ou solde correspond bien à l'agrégation des soldes comptables des régimes, tandis que les recettes et les dépenses n'ont pas de signification comptable.

4 – La situation des fonds de financement au regard de la consolidation

Les tableaux d'équilibre des fonds de financement sont présentés conformément à la LOLFSS de façon distincte de ceux des branches alors que les prestations qu'ils financent et retracent (pour le FFIPSA) ou financent uniquement (pour le FSV) sont déjà incluses dans les tableaux par branches. Etant présentés selon deux périmètres séparés, ils ne donnent pas lieu à des retraitements de consolidation. La non consolidation de ces tableaux avec ceux des branches conduit à minimiser le déficit de ces branches (voir infra).

5 – Un calendrier de transmission des tableaux d'équilibre trop tardif

Le calendrier de transmission des tableaux d'équilibre qui a prévalu cette année n'est pas compatible avec les vérifications que la Cour doit mener pour rendre son avis dans des conditions satisfaisantes.

La Cour n'a en effet disposé des tableaux d'équilibre définitifs devant figurer dans la LFSS 2008 que le 31 août 2007 (et la notification officielle n'a eu lieu que le 3 septembre). Elle a donc travaillé et mené la contradiction sur ses observations sur des tableaux provisoires qui se sont révélés être légèrement différents des tableaux définitifs. Ces différences résultent essentiellement de l'identification tardive d'erreurs dans les données comptables du régime des marins[10] ainsi que de l'établissement tardif des comptes définitifs du régime social des indépendants et du régime des fonctionnaires de l'Etat.

10. Les TCDC initialement transmis par l'ENIM ne tenaient pas compte de la modification du mode d'équilibrage des branches maladie et AT/MP de ce régime. A compter de 2006, ces branches sont équilibrées par la branche maladie du régime général et non plus par l'Etat.

C – Les tableaux d'équilibre de l'exercice 2006

Les tableaux d'équilibre présentés ci-dessous qui figurent dans le projet de loi de financement pour 2008, soumis à l'approbation du Parlement, sont accompagnés d'une comparaison avec les résultats consolidés de la sécurité sociale qu'a établis la Cour en excluant les retraitements sans fondement comptable précédemment décrits.

1 – Les résultats annuels du régime général

a) Tableau d'équilibre 2006 (en loi de financement)

Le tableau d'équilibre du régime général établi par la direction de la sécurité sociale au titre de 2006 est présenté ci-dessous. Les soldes réalisés au titre de 2005, prévisionnels initiaux (LFSS 2006), prévisionnels révisés (LFSS 2007) sont rappelés à titre de comparaison.

En Md€

	Réalisé 2006			Solde 2005	Prévisions initiales 2006 LFSS 2006	Prévisions révisées 2006 LFSS 2007
	Recettes	Dépenses	Solde			
Maladie	137,5	143,4	**-5,9**	-8,0	-6,1	-6,1
Vieillesse	83,0	84,9	**-1,9**	-1,9	-1,4	-2,4
Famille	52,5	53,4	**-0,9**	-1,3	-1,2	-1,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	9,8	9,9	**-0,1**	-0,4	-0,2	0,0
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	277,8	286,6	-8,7	-11,6	-8,9	-9,7

Source : Direction de la sécurité sociale (données 2006), LFSS 2006 et 2007 (données prévisionnelles et 2005)

b) Résultats comptables consolidés (établis par la Cour)

Le tableau ci-dessous présente les données consolidées du régime général établies par la Cour, excluant les retraitements sans justification comptable. La terminologie comptable usuelle a été privilégiée.

En Md€

Exercice 2006	Produits	Charges	Résultat net
Maladie	146,7	152,6	-5,9
Vieillesse	83,7	85,6	-1,9
Famille	53,5	54,4	-0,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,2	10,3	-0,1
Transferts internes	*-5,0*	*-5,0*	-
Total	289,2	298,0	-8,7

Source : Cour des comptes

2 – Les résultats annuels de l'ensemble des régimes obligatoires de base

a) Tableau d'équilibre 2006 (en loi de financement)

En Md€

	Réalisé 2006			Solde 2005	Prévisions initiales 2006 LFSS 2006	Prévisions révisées 2006 LFSS 2007
	Recettes	Dépenses	Solde			
Maladie	160,1	166,0	-5,9	-8,1	-7,0	-5,9
Vieillesse	162,2	163,2	-1,0	-1,6	-1,8	-1,6
Famille	52,9	53,7	-0,8	-1,2	-1,1	-1,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,2	11,3	-0,1	-0,4	-0,1	0,0
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	381,4	389,2	-7,8	-11,6	**-10,1**	-8,8

Source : Direction de la sécurité sociale, LFSS 2006 et 2005

b) Résultats comptables consolidés (établis par la Cour)

En Md€

Exercice 2006	Produits	Charges	Résultat net
Maladie	171,4	177,3	-5,9
Vieillesse	163,9	164,9	-1,0
Famille	53,8	54,6	-0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,8	11,9	-0,1
Transferts internes	***-5,1***	***-5,1***	**-**
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	395,8	403,6	-7,8

Source : Cour des comptes

Ce tableau, comme le précédent, n'intègre pas les déficits qui proviennent du FSV et du FFIPSA.

3 – Tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes de base de sécurité sociale

En Md€

	Réalisé 2006			Solde 2005	Prévisions initiales 2006 LFSS 2006	Prévisions révisées 2006 LFSS 2007
	Recettes	Dépenses	Solde			
Fonds de solidarité vieillesse	13,5	14,7	-1,3	-2,0	-1,5	-1,2
Fonds de financement des prestations sociales agricoles	15,0	16,3	-1,3	-1,4	-1,7	-1,9

Source : Direction de la sécurité sociale

L'incidence des retraitements non comptables sur la présentation des charges et produits du FSV est mineure (0,1 Md€).

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

En application de l'article 1-VIII-2 de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) du 2 août 2005, la Cour des comptes a procédé à des vérifications sur les tableaux d'équilibre par branche de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2006.

Ces tableaux seront présentés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et soumis à l'approbation du Parlement.

L'avis exprimé exclut par nature l'appréciation des comptes des régimes et organismes de sécurité sociale pris isolément. Cependant, la Cour rappelle qu'elle a certifié, sous diverses réserves, les comptes des branches maladie, vieillesse et accidents du travail et maladies professionnelles du régime général, et qu'elle a été dans l'impossibilité de certifier les comptes de la branche famille. La grande majorité des autres régimes et organismes, dont le FSV et le FFIPSA, ne sera dotée d'auditeurs qu'en 2008, conformément à l'article 31-III de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Les tableaux d'équilibre ont été établis sous la responsabilité du ministre chargé de la sécurité sociale. Sur la base des vérifications qu'elle a effectuées, la Cour exprime sur leur cohérence l'avis suivant :

Les processus de gestion qui fondent l'établissement des tableaux d'équilibre (centralisation et contrôle des comptes des régimes et organismes, consolidation) **n'offrent pas de garanties suffisantes en termes de contrôle et de traçabilité**. Si les vérifications effectuées par la Cour n'ont pas mis en évidence d'anomalie majeure dans la reprise des comptes des régimes tous risques confondus, **seule une assurance limitée peut être apportée sur la ventilation des résultats nets par branches** dans le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes. L'indisponibilité des comptes combinés de certains régimes au moment du contrôle de la Cour a en outre restreint ses vérifications ;

Les tableaux d'équilibre du régime général et de l'ensemble des régimes et organismes de sécurité sociale pour 2006 **intègrent des retraitements sans justification comptable**, qui conduisent à minorer le montant des charges et des produits des branches, sans effet sur leur résultat net ou solde, à hauteur de 11,4 Md€ pour le régime général et de 14,4 Md€ pour l'ensemble des régimes ;

La Cour observe cependant la **permanence des méthodes** d'établissement des tableaux d'équilibre.

*

* *

La Cour souhaite qu'un calendrier précis de transmission des tableaux d'équilibre relatif à l'exercice clos soit établi. Ces tableaux, tels qu'ils figureront dans la prochaine loi de financement, pourraient ainsi lui être transmis au plus tard le 30 juin.

La Cour souhaite également que la commission des comptes de la sécurité sociale tire les conséquences de cet avis sur l'analyse des données financières qu'elle présente au titre de l'exercice précédent[11].

II - L'évolution des comptes sociaux en 2006

A – L'architecture des comptes sociaux

En 2006, les comptes sociaux ont été affectés à divers degrés par des mesures modifiant l'architecture ou les circuits comptables des organismes de sécurité sociale :

- création du régime social des indépendants (RSI), regroupant les réseaux des caisses de base et nationales (CANAM, CANCAVA et ORGANIC) de trois régimes de sécurité sociale de travailleurs indépendants non agricoles, qui intervient désormais comme interlocuteur social unique pour les prestations et les prélèvements sociaux concernant ces professions. Ce regroupement, sans impact sur les montants de dépenses et recettes de l'ensemble des régimes, a néanmoins eu pour effet de retarder l'établissement de comptes combinés ;
- création à compter du 1er janvier 2006 de la caisse de retraite de la RATP, en vue de son futur adossement au régime général ;
- création de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), gonflant notamment à concurrence de 9,4 Md€ les produits et les charges de la CNAMTS[12] ;
- pour le risque vieillesse, absorption par le régime général du régime spécial de la chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP) et achèvement de l'intégration financière du régime des cultes (CAVIMAC).

11. Cette observation rejoint certaines recommandations exprimées dans le rapport de la Cour sur la Sécurité sociale de septembre 2005 (Chapitre X, p. 339). Le rapport présenté à la commission des comptes de la sécurité sociale en juillet 2007 portant sur les résultats 2006 et les prévisions 2007 du régime général continue de retenir une double présentation, tout d'abord sans retraitement, puis avec les retraitements.

12. Cf. rapport de certification des comptes du régime général de la sécurité sociale 2006, juin 2007.

Le schéma suivant, présenté dans le RALFSS 2005, actualise l'architecture de la sécurité sociale, ainsi que l'étendue des risques pris en charge par les différents régimes et organismes.

Les régimes de base : schéma d'organisation des branches en 2006

	FAMILLE	MALADIE	AT/MP	RETRAITE	
REGIME GENERAL	BRANCHE RECOUVREMENT : ACOSS Encaissements : 322,9 Md€ dont 86,9 Md€ recouvrés par l'ACOSS et 236 Md€ par les URSSAF				
	CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF) P : 40 801 M€, C : 30 449 M€, S : -891 M€	CNAMTS – AM : P: 122130 M€ C: 63 117 M€ R : -5 936 M€	CNAMTS – AT : P: 6 938 M€ C: 7 519 M€ R: -59 M€	CNAVTS : P : 77 824 M€ C : 58 391 M€ R: -1 855 M€	FONDS SOLIDARITE VIEILLESSE (FSV)
		CAVIMAC (cultes) P : 150 M€, C : 26 M€ CNMSS (militaires) P : 1 427 M€, C : 711 M€ ENIM (P : 329 M€) Salariés agricoles P : 3 760 M€, C:1 697 M€	ENIM (P : 63 M€)	CAVIMAC (cultes) P : 235 M€, C : 43 M€ Salariés agricoles P : 5 113 M€, 2 110 M€	
REGIME DES PROFESSIONS INDEPENDANTES		REGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS Maladie - P : 5 897 M€, C : 3 112 M€, S : 67 M€ Vieillesse – P : 5 929 M€, C : 3 396 M€, S : 242 M€			
				Professions libérales (CNAVPL – P : 718 M€) Barreaux (CNBF -P : 68M€)	
AUTRES REGIMES DE SALARIES		SNCF (P : 1839 M€) CRPCEN (P : 231 M€)	ATIACL (P : 122 M€), Indemnisation de diverses professions	Fonction publique (P : 39 Md€), CNRACL (P : 10,2 Md€), SNCF (P : 4,7 Md€), CNIEG (P : 3,3 Md€), ouvriers de l'Etat (P : 1,6 Md€) ENIM (P : 1,1 Md€), RATP, CRPCEN, Banque de France, Opéra de Paris, Comédie Française, Ports Bordeaux et Strasbourg	
REGIME MINIER (CANMSS)		P: 1 212 M€ C: 67 M€ R : -13M€	P: 460 M€ C: 11 M€ R : -16M€	P: 1 878 M€ C: 49 M€ R : -82M€	
REGIME AGRICOLE		Exploitants agricoles : P: 6 502M€ C: 733 M€ R : -139M€	Exploitants agricoles : P: 84M€ C: 147 M€ R : -32 M€	Exploitants agricoles : P: 8 524 M€ C: 1 077 M€ R : -27 M€	
			Salariés agricoles : P : 367 M€, C : 260 M€, R : -28 M€		
	FFIPSA (hors AT-MP)				

Note de lecture : P : Prestations sociales (compte 656), C : Cotisations sociales (compte 7561), R : Résultat net ; les régimes intégrés financièrement au régime général lui sont rattachés dans le tableau.

Source : Cour des comptes ; données chiffrées issues des TCDC des régimes pour 2006

B – Les évolutions retracées dans les tableaux d'équilibre 2006

La Cour n'ayant pu effectuer de manière rétroactive sur 2005 les retraitements qu'elle a réalisés sur 2006 (cf supra), les commentaires concernant les tableaux d'équilibre par branche sont fondés pour les deux exercices sur les données transmises par la DSS. Il s'agit donc de données, qui font apparaître des montants de charges nettes et produits nets critiqués par la Cour.

L'analyse des évolutions ayant marqué les différentes branches est en revanche fondée sur les comptes combinés du régime général, examinés par la Cour dans son rapport de certification. L'éclatement des charges techniques entre les différents types de prestations permet en effet d'enrichir l'analyse des évolutions de l'année.

1 – Les produits des régimes de sécurité sociale

a) Les mesures qui ont affecté les produits en 2006

Certaines mesures sont sans impact sur les soldes des branches, soit parce qu'elles sont purement comptables, soit parce qu'elles entraînent une nouvelle répartition des recettes entre concours budgétaires (transferts) et ressources fiscales :

- la modification des modalités de compensation des exonérations de portée générale (notamment dispositifs « Fillon ») par substitution d'un panier de recettes fiscales à la subvention budgétaire a eu pour conséquence une diminution des contributions publiques et en particulier des cotisations prises en charge par l'Etat (-14,1 Md€ pour le seul régime général, -14,9 Md€ pour l'ensemble des régimes de base), et inversement une augmentation des impôts et taxes affectés à l'assurance maladie[13] ;
- les règles nouvelles de comptabilisation des dépenses médico-sociales liées à la création de la CNSA ;
- pour l'assurance-maladie, le passage progressif à la tarification à l'activité des prestations hospitalières à partir de 2005 vient fortement majorer les écritures de provisions (dotations en charges et reprises en produits).

13 . Pour 2006, le produit des impôts et taxes affectés correspondait presque exactement au montant des compensations dues.

D'autres mesures ont pour effet d'accroître les recettes de la sécurité sociale, de manière durable ou au contraire purement ponctuelle :

- les branches retraite et accidents du travail ont bénéficié d'une hausse des taux de cotisation au 1er janvier 2006 : 0,1 point pour la branche AT-MP (part patronale) et 0,2 point sous plafond pour la branche vieillesse (se décomposant en 0,1 point de cotisation salariale et 0,1 point de cotisation patronale) ;
- la modification des conditions d'assujettissement aux prélèvements sociaux sur les revenus de valeurs mobilières des plans d'épargne logement (PEL) de plus de dix ans a contribué à hauteur de près d'1,3 Md€ à la progression des impôts et taxes affectés au régime général (augmentation des ressources de CSG). Cet effet est pour l'essentiel non reconductible, la taxation des revenus des PEL de plus de dix ans qui n'avaient pas été soumis auparavant aux prélèvements sociaux n'intervenant qu'une fois.

b) Evolution des produits des régimes de sécurité sociale

Les produits des régimes de base en 2006.
Prévisions et réalisations (en droits constatés)

En Md€

Catégories de produits	Réalisations 2005 (1)	LFSS 2006 initiale (2)	Agrégats révisés LFSS 2007	Réalisations 2006 (3)	2006/2005 (3)/(1)	Ecart entre réalisation et LFSS initiale (3)-(2)
Cotisations effectives	190,5	196	197,5	198,0	3,9%	2,4
Cotisations fictives	32,9	35	34,5	34,8	5,6%	-0,3
Contributions publiques	31,0	16,3	18,2	17,4	-44,0%	0,5
dont : cotisations prises en charge par l'Etat	18,5	3,9	3,7	3,6	-80,4%	-0,3
Impôts et taxes affectés	77,8	97	98,6	99,9	28,4%	2,9
Transferts reçus	16,1	15,1	26,4	26,4	63,3%	11,4
Produits financiers	0,4	0,4	0,3	0,4	-3,5%	0,0
Autres ressources	3,6	3,7	3,3	4,5	28,2%	0,9
Total des produits	**352,3**	**363,6**	**378,8**	**381,4**	**8,3%**	**17,6**

Source : LFSS et DSS

Les produits des régimes de sécurité sociale ont connu une très forte croissance en 2006 (+8,3 % pour les régimes de base), imputable

pour partie à des mesures majorant également les charges, sans impact sur les soldes (cf. supra). La neutralisation des écritures de transfert entre la CNAMTS et la CNSA (9,4 Md€) ramène les évolutions 2006 à +5,4 % pour l'ensemble des régimes de base (contre 5,3 % en 2005).

D'après les estimations transmises début juillet par le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, les recettes non reconductibles liées à la taxation des PEL de plus de dix ans représentaient environ 1,3 Md€ pour le régime général et environ 1,8 Md€ pour l'ensemble des régimes et des fonds concourant à leur financement, soit 6,4% de la hausse constatée des recettes. Le dynamisme des recettes tient également à la croissance de l'assiette salariale du secteur privé (4,3 % en moyenne annuelle sur le champ de recouvrement de l'URSSAF -à l'exception des particuliers employeurs-), ainsi qu'à la hausse des taux de cotisation.

Les produits du régime général en 2006.
Prévisions et réalisations (en droits constatés)

En Md€

Catégories de produits	Réalisations 2005 (1)	LFSS 2006 initiale (2)	Agrégats 2006 révisés LFSS 2007	Réalisations 2006 (3)	2006/2005 (3)/(1)	Ecart entre réalisation et LFSS initiale (3)-(2)
Cotisations effectives	151,6	156,7	157,7	157,9	4,1%	1,2
Cotisations fictives	0	0	0	0		
Contributions publiques	24,2	11	10,5	10,4	-57,0%	-0,6
dont : cotisations prises en charge par l'Etat	17,4	3,8	3,3	3,3	-81,0%	-0,5
Impôts et taxes affectés	61,5	79,8	81,4	82,4	34,0%	2,6
Transferts reçus	13,2	13	23,4	23,4	77,2%	10,4
Revenus des capitaux	0,1	0,1	0,1	0,1	-14,0%	0,0
Autres ressources	3,3	3	2,8	3,7	11,5%	0,7
Total des produits	**253,9**	**263,7**	**275,9**	**277,8**	**9,4%**	**14,1**

Source : LFSS et DSS

Les produits du régime général ont augmenté de 9,4 % en 2006 (+5,7 % après la neutralisation des écritures de transfert entre la CNAMTS et la CNSA). Abstraction faite de la taxation des revenus des PEL de plus de dix ans, ils progressent de 5,2 % de 2005 à 2006.

Le dynamisme des recettes profite à l'ensemble des branches. Il est néanmoins plus marqué pour les deux branches qui ont bénéficié d'une hausse des taux de cotisation : +8,1 % des produits de cotisation et impôts et taxes pour la branche accidents du travail-maladies professionnelles du régime général, qui se rapproche de l'équilibre en 2006 ; +6 % pour les cotisations affectées à la branche retraite du régime général (contre +4,2 % en 2005).

2 – Les charges et les produits des différentes branches

a) La branche maladie

Données issues des tableaux d'équilibre

Tableaux d'équilibre de la branche maladie en 2006

En Md€

	Réalisations 2005 (1)	LFSS 2006 initiale (2)	Agrégats 2006 révisés LFSS 2007	Réalisations 2006 (3)	2006/2005 (3)/(1)	Ecart entre réalisation et LFSS initiale (3)-
Tous régimes						
produits nets	141,8	146,4	159,3	160,1	13%	13,9
charges nettes	149,9	153,4	165,2	166,0	11%	12,7
Résultat	-8,1	-7	-5,9	-5,9	-27%	1,3
Régime général						
produits nets	121,0	125,8	136,7	137,5	14%	11,7
charges nettes	129,0	131,9	142,7	143,4	11%	11,5
Résultat	-8,0	-6,1	-6,1	-5,9	-26%	0,2

Source : LFSS et DSS

Les charges nettes d'assurance maladie de l'ensemble des régimes de base se sont élevées à 166,0 Md€ en 2006, soit un montant proche de l'objectif révisé dans le cadre du PLFSS 2007, qui se situait lui-même en forte hausse par rapport aux prévisions du PLFSS 2006 (+7,7 %). Les charges du régime général, qui représentent plus de 85 % des charges nettes (après neutralisation des transferts) de la branche maladie des régimes de base, ont atteint 143,4 Md€.

La forte croissance des charges par rapport à 2005 (+11 % pour l'ensemble des régimes de base et pour le régime général) est ramenée à 4,5 % pour l'ensemble des régimes après neutralisation de la double comptabilisation des dépenses médico-sociales liée à la création de la CNSA (à +3,9 % pour le seul régime général).

En raison du dynamisme des recettes, le déficit de l'assurance maladie est moins marqué en exécution que dans les prévisions du PLFSS 2006. Il passe de -8,1 Md€ en 2005 à -5,9 Md€ en 2006 pour l'ensemble des régimes, le déficit du régime général s'établissant à -5,9 Md€.

Analyse des principales évolutions constatées en 2006

Les données reprises dans le tableau ci-après ont été révisées par la Cour dans le cadre de l'exercice de certification des comptes du régime général. Ils diffèrent donc des données retraitées issues des tableaux d'équilibre par branche.

Comptes de la branche maladie du régime général

En Md€

	2005	2006	Evolution en %
Charges techniques			
Dépenses de soins de ville	56,2	57,4	2,8%
Etablissements	61,7	67,0	8,7%
Action sanitaire et sociale	0,5	0,4	-6,4%
Autres prestations	0,8	0,9	12,6%
Transferts	5,4	15,9	178,3%
dont CNSA	*0*	*9,4*	
Autres charges techniques	1,5	1,6	1,2%
Prestations invalidité	4,1	4,3	4,8%
Prestations décès	0,2	0,2	-1,3%
Provisions dépréciation actif circulant	0,1	0,1	87,4 %
Total charges techniques	***130,3***	***147,2***	***12,9%***
Charges de gestion courante	***5,3***	***5,1***	***-2,7%***
Charges financières	***0,1***	***0,1***	***103,9 %***
Charges exceptionnelles	0	***0,2***	316,4 %
Charges totales	**135,7**	**152,6**	**12,5%**

Source : CNAMTS, comptes combinés de la branche maladie, données retraitées

Les comptes de l'exercice 2006 font ressortir pour le régime général une évolution de 12,5 % des charges de la branche maladie, supérieure à celle constatée dans les tableaux d'équilibre (progression de 11 % des charges nettes du régime général). Cet écart s'explique par l'importance en 2006 des provisions et reprises sur provisions dans le cadre du passage progressif des établissements de santé à la tarification à l'activité (cet effet est neutralisé dans la présentation en « net » effectuée par la direction de la sécurité sociale dans les tableaux d'équilibre).

L'évolution des charges de la branche maladie du régime général recouvre une croissance modérée des dépenses de soins de ville (+2,1 %), les dépenses concernant les établissements (hôpitaux, cliniques ou établissements et services sociaux) étant plus dynamiques. La progression du poste de transfert s'explique par les règles nouvelles de comptabilisation des dépenses médico-sociales liées à la création de la CNSA (cf. supra). Si la CNAMTS n'avait enregistré dans ses comptes que la seule contribution du régime général, les charges de la branche n'auraient augmenté que de 5,3 %[14].

S'agissant des charges techniques, cette progression intervient alors que l'année 2006 a vu la mise en œuvre de mesures destinées à contenir la progression des dépenses d'assurance maladie, analysées plus longuement dans le chapitre consacré à l'ONDAM.

Pour ce qui concerne les autres postes, les comptes font apparaître une baisse des charges de gestion courante, que la CNAMTS a expliquée par des gels de recrutement dans le contexte de la négociation, en 2006, de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion concernant la branche.

b) La branche AT-MP[15]

Tableaux d'équilibre de la branche AT-MP en 2006

En Md€

	Réalisations 2005 (1)	LFSS 2006 initiale 2)	Agrégats 2006 révisés LFSS 2007	Réalisations 2006 (3)	2006/2005 (3)/(1)	Ecart entre réalisation et LFSS initiale 3)-(2)
Tous régimes						
produits nets	10,4	11	11,1	11,2	8%	0,2
charges nettes	10,8	11,1	11,1	11,3	5%	0,2
Résultat	-0,4	-0,1	0	-0,1	-82%	-0,1
Régime général						
produits nets	9,0	9,7	9,8	9,8	9%	0,1
charges nettes	9,4	9,9	9,8	9,9	5%	0,0
Résultat	-0,4	-0,2	0	-0,1	-85%	0,1

Source : LFSS et DSS

Pour les risques accidents du travail-maladies professionnelles, les réalisations 2006 sont proches des objectifs fixés par la loi de financement initiale (LFSS 2006).

14. Voir le rapport sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale 2006, juin 2007, pp. 38-39.

15. AT-MP : accidents du travail et maladies professionnelles.

Les charges nettes passent de 10,8 Md€ en 2005 à 11,3 Md€ en 2006 pour l'ensemble des régimes de base (et de 9,4 Md€ à 9,9 Md€ pour le régime général). Cette augmentation s'explique, pour la moitié, par des dotations à deux fonds dédiés aux conséquences de l'exposition à l'amiante : le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

c) La branche retraite

Tableaux d'équilibre de la branche retraite en 2006

En Md€

	Réalisations 2005 (1)	LFSS 2006 initiale (2)	Agrégats 2006 révisés LFSS 2007	Réalisations 2006 (3)	2006/2005 (3)/(1)	Ecart entre réalisation et LFSS initiale (3)-(2)
Tous régimes						
produits nets	154,8	159,1	161	162,2	5%	2,5
charges nettes	156,4	161	162,7	163,2	4%	1,7
Résultat	-1,6	-1,8	-1,6	-1,0	-36%	0,7
Régime général						
produits nets	78,8	81,6	82,4	83,0	5%	1,4
charges nettes	80,7	83,1	84,7	84,9	5%	1,8
Résultat	-1,9	-1,4	-2,4	-1,9	-2%	-0,5

Source : LFSS et DSS

Données issues des tableaux d'équilibre

Limités par construction au champ des lois de financement de la sécurité sociale[16], les tableaux d'équilibre font ressortir pour l'ensemble de la branche retraite un montant de charges nettes de 163,2 Md€ en 2006, contre 156,4 Md€ en 2005, soit une augmentation de 4 %, alors que l'objectif de charges nettes avait été fixé à 161 Md€ par la LFSS 2006, représentant une croissance de +2,9 %. Pour le seul régime général, les charges augmentent de 5,3 %, alors que la LFSS 2006 tablait sur une augmentation des charges retraites limitée à 3,6 %.

Ce dépassement significatif n'a qu'un impact limité sur le solde de la branche, qui s'établit en 2006 à -1,9 Md€ pour le régime général et

16 . Les lois de financement de la sécurité sociale n'intègrent ni les régimes complémentaires obligatoires (notamment AGIRC, ARCO et l'IRCANTEC), ni les régimes additionnels obligatoires (comme le régime additionnel fonction publique créé par la loi portant réforme des retraites du 21 août 2003).

-1,0 Md€ pour l'ensemble des régimes, soit un niveau proche des déficits constatés en 2005. Cette stabilisation est imputable au dynamisme des recettes, portées par une conjoncture favorable et par la hausse des cotisations entrée en vigueur début 2006.

La moitié des charges nettes (84,9 Md€ en 2006) correspond aux comptes du régime général désormais certifiés avec des réserves par la Cour et qui font l'objet des commentaires ci-après. La lenteur avec laquelle les comptes des autres régimes de base sont produits puis transmis à la DSS et à la Cour ne facilite pas l'analyse de masses qui s'élèvent en 2006 à 78,3 Md€.

Analyse des principales évolutions constatées en 2006[17]

Charges de la branche retraite du régime général

En Md€

	2005	2006	Evolution en %
Charges de gestion technique	80,1	84,4	5,3 %
Prestations sociales	73,50	77,80	6,0 %
Pensions de droits propres	64,04	67,90	6,0 %
Pensions de droits dérivés	7,67	8,10	5,4 %
Prestations IEG (adossement)	1,38	1,40	2,0 %
Autres prestations légales	0,08	0,14	91,1 %
Prestations d'action sanitaire et sociale	0,29	0,28	- ,3 %
Transferts à d'autres régimes et branches	5,90	5,81	-1,2 %
Compensation démogr. généralisée	5,10	4,80	-5,3 %
Compensation intégrale des déficits (*)	0,92	0,33	257,8 %
Compensation partielle des déficits (**)	0,05	0,02	-48,6 %
Autres transferts	0,63	0,61	-2,7 %
Diverses charges techniques et provisions	0,76	0,74	- 3,2 %
Charges de gestion courante	0,99	1,0	1,8 %
Charges financières	0,09	0,26	179,9 %
Charges exceptionnelles	0,26	0,01	-98,0 %
Charges totales	81 429,6	85 626,6	5,2 %

** salariés agricoles et cultes*
***chemins de fer secondaires.*
Source : comptes combinés

La hausse des pensions de droits propres (+6 %) traduit notamment la revalorisation des pensions au 1er janvier 2006 (+1,8 %), l'augmentation du nombre moyen de bénéficiaires (+3,3%) et celle de la

17. Les données reprises dans le tableau ci-après ont été révisées par la Cour dans le cadre de l'exercice de certification des comptes du régime général. Elles diffèrent donc des données retraitées issues des tableaux d'équilibre par branche.

pension moyenne servie (+0,7 %). Dans une mesure importante (+0,5 % et +0,2 % respectivement), ces deux derniers facteurs d'augmentation des pensions de droits propres traduisent l'incidence des départs anticipés en retraite (109 000 en 2006 contre 104 000 en 2005). Pris globalement, le coût des départs anticipés a atteint selon la CNAVTS 1,8 Md€ en 2006 (contre 1,3 Md€ en 2005). Au 31 décembre 2006, les titulaires d'une pension de droit propre s'élevaient à 10,6 millions (contre 10,2 millions au 31 décembre 2005, soit +3,6 %).

En dehors de la revalorisation précitée, l'augmentation des pensions de droits dérivés (+5,4 %) reflète l'augmentation du nombre moyen de bénéficiaires (+2,5 %, dont +0,5 % au titre de l'abaissement progressif de l'âge minimum pour l'attribution d'une pension de réversion) et celle de la pension moyenne servie (+0,4 %). Au 31 décembre 2006, 2,5 millions de personnes bénéficiaient d'un droit dérivé avec ou sans droit propre au régime général (contre 2,4 millions au 31 décembre 2005, soit +2,4 %).

L'accroissement des charges financières, qui ont quasiment triplé pour atteindre plus de 250 M€ en 2006, traduit notamment la hausse du montant des créances de la CNAVTS sur le FSV, qui ne sont pas rémunérées.

Le résultat de la branche retraite du régime général (-1,9 Md€) est plus dégradé, à hauteur de 0,5 Md€, que le résultat prévisionnel annexé au PLFSS 2006 (-1,4 Md€). Il est à l'inverse plus favorable de 0,5 Md€, que le résultat prévisionnel 2006 révisé dans le cadre du PLFSS 2007 (-2,4 Md€). Ce décalage entre prévision et réalisation est révélateur d'une difficulté à anticiper l'effet des mesures nouvelles sur le comportement des assurés et des entreprises. La sous-évaluation des charges de prestations légales par rapport aux hypothèses du PLFSS 2006 traduit en effet :

- en matière de droits dérivés, un flux de nouveaux bénéficiaires plus important que prévu ;
- pour les droits propres, le caractère erroné des hypothèses de ralentissement des départs anticipés et de report de l'âge de départ en retraite sous l'effet de la surcote progressive. Au contraire, l'âge moyen de départ à la retraite hors départs anticipés a baissé de 61 ans et dix mois en 2005 à 61 ans et sept mois en 2006.

Ces derniers constats compromettent également la réalisation des prévisions pour 2007 de charges (88,9 Md€) et de déficit (-3,5 Md€) du PLFSS 2007[18].

Comme la Cour l'a noté dans son rapport sur la certification, l'absence d'inclusion du fonds de solidarité vieillesse dans le périmètre des comptes combinés allège le résultat de la branche, toutes choses égales par ailleurs, de 1,1 Md€ pour le régime général, et de 1,3 Md€ pour l'ensemble des régimes. Cette omission ne permet pas d'appréhender correctement l'équilibre de la branche retraite du régime général.

d) La branche famille

Tableaux d'équilibre de la branche famille en 2006

En Md€

	Réalisations 2005 (1)	LFSS 2006 initiale (2)	Agrégats 2006 révisés LFSS 2007	Réalisations 2006 (3)	2006/2005 (3)/(1)	Ecart entre réalisation et LFSS initiale (3)-
Tous régimes						
produits nets	50,5	52,2	52,5	52,9	5%	1,0
charges nettes	51,7	53,3	53,6	53,7	4%	0,7
Résultat	-1,2	-1,1	-1,2	-0,8	-34%	0,3
Régime général						
produits nets	50,0	51,6	52	52,5	5%	0,9
charges nettes	51,4	52,8	53,3	53,4	4%	0,6
Résultat	-1,3	-1,2	-1,3	-0,9	-31%	0,3

Source : LFSS et DSS

Données issues des tableaux d'équilibre

Les objectifs de charges de la branche famille ont été fixés pour 2006 à 53,3 Md€ par la LFFSS 2006, puis portés à 53,6 Md€ dans les prévisions de tableaux d'équilibre présentés dans la LFSS pour 2007.

Le montant total des charges de la branche s'est finalement établi en 2006 à 53,7 Md€, soit une progression de 4 % par rapport à 2005 (contre +5,8 % au cours de l'exercice précédent). La CNAF retraçant

18. Les données présentées devant la commission des comptes de la sécurité sociale en juin 2007 traduisent une aggravation du déficit prévisionnel qui passe de 3,5 Md€ à 4,7 Md€.

dans ses comptes l'ensemble des prestations familiales, les charges des régimes de base sont très proches de celles du régime général[19].

Pour la deuxième année consécutive, les comptes de la branche famille ont été déficitaires en 2006. Ce solde négatif a toutefois été réduit, passant de -1,3 Md€ en 2005 à -0,9 Md€ en 2006. Ce résultat est le fruit d'un double mouvement : le dynamisme des recettes d'une part, le ralentissement du rythme de croissance des dépenses de prestations et, tout particulièrement, une stabilisation des dépenses d'action sociale, d'autre part.

Analyse des principales évolutions constatées en 2006

Evolution des principaux postes de dépenses de la branche famille du régime général en 2006

En Md€

	2005	2006	Evolution
Prestations légales	35,8	37,4	4,5%
dont			
allocations familiales	12,0	12,1	1,4%
complément familial	1,6	1,6	0,1%
allocation pour jeune enfant	1	0,3	-70,8%
APE, AFEAMA, AGED	3,3	1,3	-59,3%
PAJE	5,2	8,8	68,6%
monoparentalité	2,0	2,2	6,0%
allocation de rentrée scolaire	1,4	1,4	-2,8%
logement	3,5	3,6	3,4%
handicapés	5,5	5,8	4,9%
frais de tutelle et autres	0,2	0,2	5,4%
Prestations extra-légales (action sociale)	3,3	3,3	0,4%
Transferts versés	10,2	10,6	3,7%
dont			
AVPF	4,2	4,2	-0,3%
majoration pour enfant (FSV)	2,1	2,2	4,7%
congé paternité	0,2	0,3	23,5%
financement FNH-FNAL	3,5	3,7	7,3%
autres transferts versés	0,2	0,2	-2,8%
charges de personnel et autres charges de gestion courante	2,2	2,3	0,9%
Charges totales	52,3	54,4	4,0%

Source : CNAF

19. L'écart résulte de l'absence de prise en compte des charges de gestion administrative de certains régimes délégataires des prestations familiales dans les comptes établis par la CNAF. Il convient en outre de rappeler que le compte de résultat de la branche famille ne traduit pas la totalité des aides servies par la branche et financées par plusieurs fonds (aides au logement, minima sociaux tels que le RMI), qui sont comptabilisées en comptes de tiers.

Avec un montant de 37,4 Md€ représentant plus des deux tiers des charges de la branche, les prestations légales croissent à un rythme analogue à celui de 2005 : +4,5 % contre +4,4 %. Les évolutions sont toutefois différentes selon le type de prestation :

- croissance forte des allocations en faveur de la monoparentalité[20] (+9,5 % pour l'allocation parent isolé -API- à 1 Md€) et croissance significative de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), qui atteint avec son complément une dépense totale de 5,8 Md€, en hausse de 5 % par rapport à 2005 (l'AAH représente désormais 15 % des prestations légales servies par la branche famille). L'augmentation de ces minima sociaux n'a toutefois pas de conséquence sur le solde de la branche, ces dépenses étant intégralement remboursées par l'Etat ;
- augmentation des allocations familiales limitée à 1,4 %, alors que la base mensuelle des allocations familiales (BAMF) a été revalorisée de 1,8 % au 1er janvier 2006. Cette moindre croissance s'explique non par le nombre des bénéficiaires, qui reste stable, mais par le recul des familles nombreuses au sein des allocataires ;
- les prestations légales à la petite enfance connaissent comme en 2005 une croissance forte du fait de la poursuite de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)[21]. Celle-ci s'établit désormais à 8,8 Md€ (24 % des prestations légales de la branche famille), représentant une progression nette de 19% par rapport à 2005, pour deux millions de bénéficiaires (cette prestation se substitue progressivement à plusieurs prestations, dont l'allocation parentale d'éducation, l'AFEAMA et l'AGED, qui connaissent une forte baisse).

Les prestations extra-légales (dépenses d'action sociale) se sont stabilisées en 2006, contrairement à la situation des années 2004 et 2005. Elles n'augmentent que de 13 M€, soit 0,4 % par rapport à 2005. La maîtrise de ces dépenses est un des enjeux de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2005-2008. Toutefois, la signature d'un avenant à la COG en 2007 relevant le plafond des dépenses du fonds national d'action sociale (FNAS) pour autoriser le financement de 4 000 places de crèches supplémentaires en 2007 et 2008 devrait infléchir la politique amorcée en 2006.

La CNAF finance pour plus de 10 Md€ divers transferts à d'autres organismes de sécurité sociale. En 2006, en l'absence de régularisation sur exercices précédents, le montant de la charge de l'allocation vieillesse des parents au foyer (AVPF) est demeuré constant (-0,3 %). Toutefois, dans son rapport sur la certification des comptes des organismes du

20. Allocation de parent isolé –API- et allocation de soutien familial.

21. Cf. chapitre XI – les aides publiques aux familles p. 344.

régime général de sécurité sociale pour 2006, la Cour a souligné l'incertitude qui affecte l'exactitude du recensement des droits à l'AVPF par la branche famille, et ses conséquences sur les résultats de celle-ci comme sur ceux de la branche vieillesse.

La CNAF finance également des participations à différents fonds. La prise en charge de l'aide personnelle au logement (APL) augmente de 247,3 M€ (+7,2 %) du fait d'une modification des conditions de son financement par la branche.

On note que le PLFSS pour 2007 prévoyait dans son annexe B le retour de la branche famille à une situation excédentaire en 2008, notamment du fait de l'achèvement de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant.

C – Les évolutions des fonds de financement

1 – Le fonds de solidarité vieillesse

Depuis 1994, le fonds de solidarité vieillesse (FSV) finance des avantages à caractère non-contributif servis par une partie des régimes de retraite : majorations de pensions (pour enfants, pour conjoint à charge et au titre du minimum vieillesse) et validation de périodes assimilées à des périodes d'assurance (au titre notamment du chômage). A elle seule, la branche retraite du régime général reçoit près de 90 % des concours du FSV.

a) Un résultat 2006 toujours déficitaire

Le déficit de l'exercice 2006 s'établit à 1,3 Md€ contre 2,0 Md€ en 2005). Malgré des charges plus élevées (14,8 Md€ contre 14,6 Md€ estimés), il est légèrement inférieur au déficit de 1,5 Md€ voté en LFSS 2006 du fait de l'augmentation des produits par rapport aux prévisions initiales (13,6 Md€ contre 13,1 Md€ estimés) due notamment à la modification des conditions d'assujettissement des PEL à la CSG et au prélèvement social de 2 %. L'incidence de cette mesure en 2006 est évaluée à 0,3 Md€.

Comptes simplifiés du FSV

En Md€

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
CSG	10,3	9,7	9,1	9,3	9,6	9,9	10,6
Prélèvement social de 2%	-	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5
Contribution CNAF	-	0,5	1	1,9	2	2,1	2,2
C3S	0,6	0,6	0,6	0,9	1,3	0,2	0,2
Autres	0,9	0,8	0,1	ns	0,1	0,1	0,1
Total Produits	*11,8*	*12*	*11,1*	*12,5*	*13,4*	*12,7*	*13,6*
Prestations prise en charge	5,4	5,5	5,6	5,8	5,9	6,2	6,4
Cotisations prises en charge	5,6	6	6,7	7,4	7,9	8,4	8,2
dont *régimes complémentaires*	-	-	*0,4*	*0,4*	*0,5*	*0,4*	*0,4*
Autres	0,5	0,5	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1
Total Charges	*11,5*	*12,1*	*12,4*	*13,4*	*14*	*14,7*	*14,8*
Résultat	**0,3**	**-0,1**	**-1,4**	**-0,9**	**-0,6**	**-2,0**	**-1,3**

Source : Comptes du FSV

En revanche, pour la première fois depuis 2002, la contribution du FSV au régime général et au régime des salariés agricoles au titre du chômage a diminué (d'un peu moins de 100 M€), sous l'effet d'une réduction des effectifs de chômeurs indemnisés (-7,9 %) et non indemnisés (-4,6 %) que lui notifie l'UNEDIC. La prévision inscrite dans la LFSS 2007 d'un retour du FSV à l'équilibre en 2009 se fonde notamment sur la poursuite de ces tendances.

b) Un déficit structurel

En dépit d'une amélioration de l'emploi, le FSV reste déficitaire en 2006 et 2007. Les causes structurelles de ce déficit ont pour origine la réduction de la part du produit de la CSG affectée au FSV (intervenue en 2001 et 2002) et la mise à sa charge (en 2001) de cotisations au titre du chômage en faveur des régimes complémentaires de retraite AGIRC et ARRCO. La création en 2001 d'une contribution de la CNAF au titre des majorations pour enfants, par la suite augmentée, n'a que partiellement compensé l'incidence de ces mesures sur les résultats du FSV.

2 – Le FFIPSA

Le fonds de financement des prestations sociales agricoles est un établissement public qui a pour mission d'assurer le financement des prestations des exploitants agricoles. En outre, conformément à l'article 40 de la loi de finances pour 2004 créant le FFIPSA, il retrace par secteurs dans un compte l'ensemble des charges techniques et des produits du régime des exploitants agricoles et non les seuls financements qu'il apporte à ce régime.

En 2006, le FFIPSA a été déficitaire de 1,3 Md€ contre 1,4 Md€ en 2005. Cette amélioration résulte d'une progression plus forte des recettes (+5,0 %) que des dépenses (+3,9 %) due à l'augmentation induite par la modification de l'imposition des intérêts des PEL et à celle des taxes tabac générée par le passage de leur comptabilisation en droits constatés (le produit des taxes tabac passe ainsi comptablement de 5,1 Md€ à 5,4 Md€ soit une progression de 5,6 %[22]).

Les comptes du FFIPSA

En M€ et en %

Branches		2005	2006	2006/2005
Maladie	Produits	5 998,3	6 718,6	12,0 %
	Charges	6 852,0	7 330,9	7,1 %
	Résultat	**-853,7**	**- 612,3**	**+241,4**
Retraite	Produits	7 714,9	7 765,1	0,7 %
	Charges	8 262,7	8 408,4	1,8 %
	Résultat	**-547,8**	**- 643,3**	**-95,5**
Famille	**Résultat**	**0**	**- 40,1**	**-40,1**
Fonctionnement	**Résultat**	**-0,2**	**- 0,6**	**-0,6**
Total général	Produits	14 271,2	14 988,6	5,0 %
	Charges	15 672,8	16 284,9	3,9 %
	Résultat	**-1 401,5**	**-1 296,3**	**+105,2**

Source : FFIPSA

Les deux principales branches du régime agricole (maladie et retraite) ont connu des évolutions divergentes. Grâce à la forte progression de ses recettes (+12 %), la branche maladie réduit son déficit de 854 M€ en 2005 à 612 M€ en 2006, alors que la branche retraite du fait d'une quasi stagnation de ses recettes ne tire pas profit de la faible progression de ses charges (+1,8 %) et voit son déficit se creuser de 548 M€ à 643 M€.

22. Compte tenu d'un produit à recevoir en fin d'année estimé à 475 M€

III - La contribution des tableaux d'équilibre à l'analyse des comptes sociaux

A – Un outil qui permet de réaliser une analyse synthétique des évolutions de l'année

En dépit des limites méthodologiques rappelées par la Cour dans son avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre, les informations qu'ils contiennent rendent possible une analyse synthétique des principales évolutions qui ont affecté les comptes sociaux en 2006, ainsi qu'un rapprochement entre les prévisions des LFSS et les réalisations de l'année :

- les tableaux d'équilibre retracent tous les flux répertoriés dans les comptes des organismes de sécurité sociale (dans une approche en droits constatés), en neutralisant les écritures inter-branches et inter-régimes. Une vision synthétique des charges et produits constatés dans l'année est ainsi possible, alors que l'architecture du dispositif de sécurité sociale français se caractérise par sa grande complexité ;
- les tableaux d'équilibre permettent d'effectuer des comparaisons d'une année sur l'autre (la Cour a pu valider la permanence dans le temps des méthodes de construction des tableaux d'équilibre) et de rapprocher les résultats de l'année des objectifs initiaux fixés puis révisés par le législateur.

Ces tableaux sont proches dans leur conception d'un compte de résultat qui croiserait une approche verticale par risques (les branches de la sécurité sociale) et une approche horizontale par régimes, distinguant le régime général (soit les trois quarts des dépenses totales) de l'ensemble des régimes obligatoires de base. Ce croisement améliore la connaissance d'un système marqué par le partage des responsabilités entre organismes de base, organismes centraux et administrations centrales.

B – Les limites des tableaux d'équilibre

Les tableaux d'équilibre par branche, ainsi que celui des organismes concourant à leur financement, sont cependant par construction des instruments incomplets, qui visent à pallier l'absence de comptes consolidés du dispositif français de sécurité sociale, composés d'organismes aux sources de financement et à la finalité communes, unis par de nombreux mécanismes de compensation, mais dont la structure demeure éclatée.

En tant que comptes de résultat simplifiés, les tableaux d'équilibre ne permettent pas de disposer de la vision patrimoniale que pourraient seuls donner des éléments de bilan relatifs notamment aux créances et aux dettes. En leur absence, les gestionnaires sont contraints de manier des notions telles que les « déficits cumulés », qui ont un sens sur le plan économique et financier, mais qui n'ont pas à proprement parler de signification comptable. Alors que le montant de la dette sociale peut être calculé en cumulant les données de la dette brute portée par la CADES et de celle qui reste directement à la charge des administrations de sécurité sociale, les tableaux d'équilibre annuels ignorent cette notion.

La distinction entre les tableaux d'équilibre par branche et le tableau d'équilibre des organismes concourant à leur financement consacre enfin une séparation qui fait obstacle à une réelle appréciation des résultats par branche. L'existence de fonds tels que le FSV et le FFIPSA vers lesquels est dirigée une part des recettes de sécurité sociale, fonds qui remplissent mal leur mission de financement des organismes de sécurité sociale, enlève une partie de leur signification aux résultats des tableaux d'équilibre par branche.

Il devrait être possible de progresser en direction d'une approche patrimoniale consolidée des comptes sociaux, permettant d'appréhender dans sa globalité la situation financière nette de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

RECOMMANDATIONS

1. .Donner les moyens à la mission comptable permanente d'assurer sa mission de contrôle des comptes des régimes et organismes de sécurité sociale (recommandation réitérée).

2. Prévoir les modalités de transmission des tableaux d'équilibre tels qu'ils figureront dans la LFSS, au plus tard le 30 juin

3. Apporter les ressources nécessaires au rééquilibrage du régime des exploitants agricoles et supprimer le FFIPSA. (recommandation réitérée).

4. Consolider le FSV avec la branche retraite.

Chapitre II

Les résultats et le financement des régimes sociaux

PRÉSENTATION

Le régime général a connu en 2006 un déficit de 8,7 Md€ et de 9,8 Md€ si on inclut la part de FSV qui lui est imputable. Tous régimes et fonds de financement confondus le déficit a été de 10,3 Md€. De leur côté, les dettes de l'Etat à l'égard de l'ensemble des régimes ont augmenté de 8,2 Md€ à 9,1 Md€. Le rapport présente ces différents résultats avant d'examiner comment les besoins de financement qui en résultent sont couverts par des mesures de trésorerie dans le cadre des plafonds votés par le Parlement.

Le chapitre présente ensuite les besoins de financement à fin 2006, les scénarii jusqu'en 2009 annexés au PLFSS, les déficits pris en charge par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et les réserves constituées par le fonds de réserve pour les retraite.

I - Les résultats financiers

A – Les résultats du régime général

Le déficit du régime général tel qu'il ressort des comptes combinés des branches s'établit en 2006 à 8,7 Md€, en baisse sensible par rapport à 2005 (11,6 Md€) et 2004 (13,2 Md€). Si comme l'an dernier toutes les branches demeurent déficitaires, elles présentent des évolutions différentes : les branches maladie, AT-MP et famille réduisent sensiblement leur déficit de 8,0 Md€ à 5,9 Md€ pour la première, de 438 M€ à 59 M€ pour la deuxième et de 1,3 M€ à 0,9 Md€ pour la troisième.

Résultats des branches du régime général

En M€

	2005	2006
Maladie	-8 008	5 936
AT – MP	- 438	59
Famille	-1 314	-891
Retraite	-1876	-1 854
Total Régime général	-11 636	-8 740

Source : comptes du régime général

En revanche, le déficit de la branche retraite reste quasiment stable à 1,8 Md€. Toutefois, ce résultat ne rend compte que partiellement des difficultés de la branche dont les prestations non contributives sont financées par le FSV. La Cour estime que pour avoir une image de la

situation financière de la branche retraite[23], le résultat du FSV doit être additionné à celui de la branche au prorata de la part de prestations financées par le FSV à chacun des régimes. Le déficit de la branche retraite n'est plus alors de 1,9 Md€ mais de 3 Md€.

Le résultat combiné du régime général et du FSV passe alors de -8,7 Md€ à -9,8 Md€. Il reste cependant en nette amélioration par rapport à 2005 (-13,3 Md€).

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

Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base s'établit en 2006 à 8 Md€ contre 11 Md€ en 2005 et le besoin de financement des régimes sociaux (y compris FSV et FFIPSA) à 10,2 Md€ contre 14,4 Md€ en 2005.

En M€

	2005		2006	
Régime général		-11 636		-8 740
dont :				
CNAM	*-8 008*		*-5 936*	
CNAM AT-MP	*-438*		*-59*	
CNAVTS	*-1 876*		*-1 854*	
CNAF	*-1 314*		*-891*	
Régimes spéciaux		304		5592
Régimes agricoles		22		-93
*dont exploitants agricoles**	*-134*		*-222*	
Régimes des non agricoles		307		412
dont :				
CANAM	*309*			
ORGANIC	*-45*		-	
CANCAVA	32			
Autres				
Ensemble des régimes de base		**-11 005**		**-7 829**
FSV		-2 005		-1 259
FFIPSA		-1 401		-1 296
Besoin global de financement*		**-14 411**		**-10 162**

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

Source : Direction de la sécurité sociale

23. Voir le rapport sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale 2006, juin 2007, pp. 116 et s.

II - Les dettes de l'Etat envers les régimes sociaux

Outre leurs déficits, les régimes de sécurité sociale sont grevés par les créances qu'ils détiennent sur l'Etat et qui sont en augmentation. Ces créances font désormais l'objet de deux documents différents. Elles figurent tout d'abord dans le bilan de l'Etat et dans celui des organismes créanciers. La Cour a vérifié à l'occasion de la certification des comptes de l'Etat et de celle des comptes du régime général l'exactitude des montants figurant de part et d'autre. Elles sont retracées également dans un second document intitulé « état semestriel des créances et dettes envers les régimes obligatoires de base de sécurité sociale », prévu par l'article 17 de la loi organique du 2 août 2005 pour être remis au Parlement. Ces deux documents répondent à des préoccupations et des méthodologies différentes.

A – Les dettes inscrites dans le bilan de l'Etat

L'établissement de la comptabilité de l'Etat en droits constatés a permis d'établir pour la première fois une liste précise des dettes et créances de l'Etat envers les organismes sociaux. Au 31 décembre 2006, les dettes comptabilisées à ce titre dans le bilan de l'Etat s'élevaient à 9,13 Md€ en incluant les charges à payer constatées en fin d'exercice, soit une progression au cours de l'exercice 2006 de près d'un milliard d'euros[24].

Ces dettes se décomposent comme suit :

24. Ces données s'entendent déduction faite des créances que l'Etat a sur la sécurité sociale.

Les dettes de l'Etat envers la sécurité sociale au 31 décembre 2006

En M€

	Régime général	Autres régimes	Total
Prestations sociales santé-solidarité	2 492,56	2,97	2 495,53
dont AME	*920,24*	*0,00*	*920,24*
Prestations sociales logement	567,39	14,54	581,93
Exonérations de cotisations sociales	4 055,00	989,79	5 044,79
dont exonérations ciblées	*2 782,28*	*613,15*	*3 395,44*
dont « dettes anciennes »	*1 209,01*	*132,38*	*1 341 ,38*
Autres dispositifs	128,70	881,44	1 010,14
TOTAL	**7 243,65**	**1 888,74**	**9 132,39**

Source : comptabilité de l'Etat (y compris produits à recevoir)

Les créances inscrites dans les comptes des organismes de sécurité sociale au 31 décembre 2006, y compris les produits à recevoir comptabilisés en fin d'exercice, correspondent aux dettes comptabilisées par l'Etat à quelques millions d'euros près. De leur côté, les comptes du régime général font apparaître un montant total de droits sur l'Etat de 7,2 Md€, dont 5,8 Md€ de créances et 1,4 Md€ de produits à recevoir.

Pour autant, le rapprochement des comptes de l'Etat avec ceux des organismes de sécurité sociale fait apparaître des différences dans la ventilation des dettes et créances au bilan. En effet, les charges à payer comptabilisées par l'Etat en fin d'exercice ne correspondent pas nécessairement aux produits à recevoir présentés dans les comptes des organismes de sécurité sociale alors que, par nature, ces montants devraient être proches.

Hors produits à recevoir, les créances les plus importantes sont relatives aux exonérations de cotisations sociales (4,5 Md€), dont 1,3 Md€ au titre des dettes antérieures à 2002[25] notamment pour le plan textile. En ce qui concerne le régime général, ces derniers chiffres sont respectivement de 3,5 Md€ et 1,2 Md€. Et les créances sur l'État au titre des prestations santé-solidarité s'élèvent à 1,6 Md€, dont 0,8 Md€ au titre de la seule aide médicale d'Etat, et celles au titre des prestations logement à 0,6 Md€.

Si l'établissement du bilan de l'Etat a permis enfin la reconnaissance par ce dernier des « dettes anciennes », il n'en demeure

25. Voir le rapport sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale, juin 2007, p. 27.

pas moins qu'il ne les a toujours pas réglées. Ainsi qu'elle l'a indiqué dans son rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale 2006, la Cour estime que cette situation ne saurait se prolonger sans affecter la sincérité des états financiers du régime général. Dès lors que l'Etat vient de reconnaître ses dettes dans ses comptes 2006, il doit s'en acquitter dans les meilleurs délais.

Afin d'éviter la reconstitution de nouvelles dettes, il importe que l'Etat inscrive des dotations budgétaires suffisantes pour faire face à ses engagements et pour éviter qu'ils ne s'accroissent d'année en année.

B – L'état semestriel des créances et dettes envers les régimes obligatoires de base

En application de l'article 17 de la loi organique du 2 août 2005, le Gouvernement communique deux fois par an au Parlement un document intitulé « état semestriel des créances et dettes envers les régimes obligatoires de base de sécurité sociale ». Ce document ne retrace en réalité ni une situation de trésorerie, ni une situation des créances et dettes au sens comptable.

En bonne logique, l'arrêté au 31 décembre devrait être très proche du tableau ci-dessus, sauf cas de litige ou en raison d'une différence de comptabilisation[26]. Or tel n'est pas le cas.

En effet, partant des dettes brutes, l'état semestriel établit une situation nette en défalquant les versements effectués entre le 1er et le 20 janvier au titre des dettes nées au cours des exercices antérieurs[27]. Le tableau communiqué au Parlement n'est donc ni un tableau de trésorerie au 31 décembre, ni un tableau de trésorerie au 20 janvier suivant car, à cette date, de nouvelles charges sont venues s'ajouter à la dette de l'État.

La Cour estime que le document présenté au Parlement devrait être cohérent avec la comptabilité en droits constatés. Ceci n'exclut pas par ailleurs de présenter une situation de trésorerie périodique.

26. C'est ce qui se produit pour l'allocation de logement sociale des salariés agricoles (379 M€) comptabilisée différemment par la CCMSA et par l'Etat.

27. Lesquels ne correspondent pas aux versements en période complémentaire déjà évoqués, intégrés au c/ 4831 de l'État, car ces derniers ne concernent que les crédits ouverts en loi de finances rectificative.

III - La couverture en 2006 des besoins de financement

Les régimes de sécurité sociale ne sont autorisés à couvrir leurs besoins de financement que par des mesures de trésorerie. Dans l'esprit du code de la sécurité sociale, les plafonds d'avances autorisés par le Parlement doivent permettre aux organismes gestionnaires de faire face aux variations de trésorerie qui résultent des décalages en cours d'année entre l'encaissement des recettes et les tirages destinés au paiement des prestations et des dépenses administratives. Dans les faits, depuis plusieurs années, les plafonds votés n'ont plus aucun rapport avec leur objet mais financent les déficits cumulés des régimes entre deux plans de reprise de dettes.

A – Les plafonds d'avances autorisés en 2006

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (article 33) a autorisé six régimes obligatoires de base à « couvrir leurs besoins de trésorerie par des ressources non permanentes » dans les limites suivantes :

Plafonds d'avances votés

En Md€

	2005	2006
Régime général	13,0	18,5
FFIPSA	6,2	7,1
CNRACL[28]	0,5	0,55
CANSSM[29]	0,2	0,3
FSPOEIE[30]	/	0,15
CNIEG[31]	0,5	0,475
Caisse de la RATP	/	0,05

Source : LFSS

Si les plafonds des différentes caisses de retraite répondent aux stricts besoins de trésorerie, le niveau élevé déjà observé en 2005 et la forte augmentation des plafonds pour le régime général (+42 %) et le FFIPSA (+14,5 %) en 2006 sont la conséquence directe des dettes

28. Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.
29. Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines.
30. Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.
31. Caisse nationale des industries électriques et gazières.

existantes au 1er janvier et de l'insuffisance, voire de l'absence de mesures de redressement. Cette augmentation traduit la dégradation qui était attendue en 2006 des comptes du régime général et de celui des exploitants agricoles. La perspective d'une nouvelle aggravation a conduit la LFSS pour 2007 à porter le plafond du régime général à 28 Md€, celui du FFIPSA restant inchangé.

B – Le découvert du régime général

1 – Le besoin de financement pour 2006

En 2006, le réseau des URSSAF et l'ACOSS ont collecté 317,2 Md€, dont 284,9 Md€ au titre du régime général ; de son côté, l'ACOSS a décaissé 328,5 Md€, dont 296,3 Md€ ont été consommés par les caisses prestataires du régime général. Il s'ensuit que les décaissements ont dépassé de plus de 11 Md€ les encaissements.

Au 31 décembre 2006, la trésorerie de l'ACOSS présentait une situation négative de 12,6 Md€, contre 6,9 Md€ fin 2005. Sans un versement de la CADES de 5,7 Md€ au titre de la reprise du déficit de l'assurance maladie, le besoin de financement eût été de 18,3 Md€.

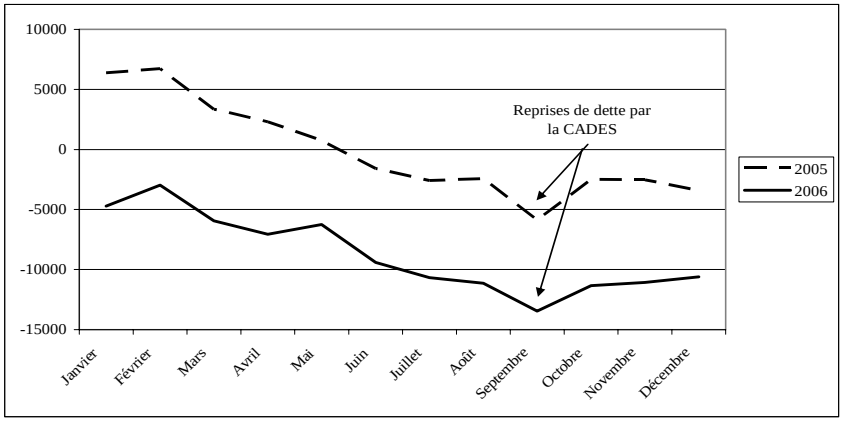
Cette dégradation ne s'explique que partiellement par le déficit du régime général de 8,7 Md€, dont l'impact sur la trésorerie a été réduit à 3 Md€ par le versement de la CADES. Trois autres éléments principaux y ont contribué. En premier lieu, la CNAMTS a dû accroître de presque 1 Md€ son avance aux hôpitaux pour leur permettre de faire face à la montée en charge de la tarification à l'activité. Cette somme n'apparaît pas dans son résultat, mais elle impacte son bilan. En second lieu, les dettes de l'État à l'égard du régime général se sont encore accrues de 475 M€, ce chiffre recouvrant des évolutions contrastées[32].

Enfin, comme indiqué plus haut, la dégradation de la situation financière du FSV a conduit à faire supporter à la CNAVTS le besoin de financement induit. Au 31 décembre 2006, le montant des déficits cumulés depuis 2001 atteignait ainsi 5 Md€. A cette date, la dette du FSV à l'égard de la CNAVTS atteignait même 5,9 Md€ contre 4,6 Md€ fin 2005. Le coût de cette créance est supportée par la CNAVTS et entraîne pour celle-ci une charge de 300 M€.

32. La dette concernant l'aide médicale d'État est ainsi passée de 680,8 à 920,2 M€ et celle concernant la compensation des exonérations dites « ciblées » a progressé de 657 M€. En revanche, d'autres dettes ont diminué (celles concernant les allègements généraux et les aides au logement).

Le graphique suivant, qui compare la trésorerie mensuelle moyenne des exercices 2005 et 2006, met en lumière la dégradation de la situation du régime général. Alors qu'en 2005, la trésorerie avait été globalement positive pendant la première moitié de l'année, en 2006, elle a été constamment déficitaire (hormis un petit nombre de jours).

Evolution 2005-2006 du niveau mensuel moyen de la trésorerie (en M€)



Source : ACOSS

2 – Les moyens de financement et leur impact

Jusqu'à la fin 2006, l'ACOSS ne pouvait recourir, pour se financer, qu'à des prêts à court terme consentis par la caisse des dépôts et consignations (CDC) à un taux variant en fonction inverse de la durée séparant la demande du prêt de sa mise en place (voir encadré).

La rémunération des emprunts de l'ACOSS auprès de la CDC et les titres de créances négociables

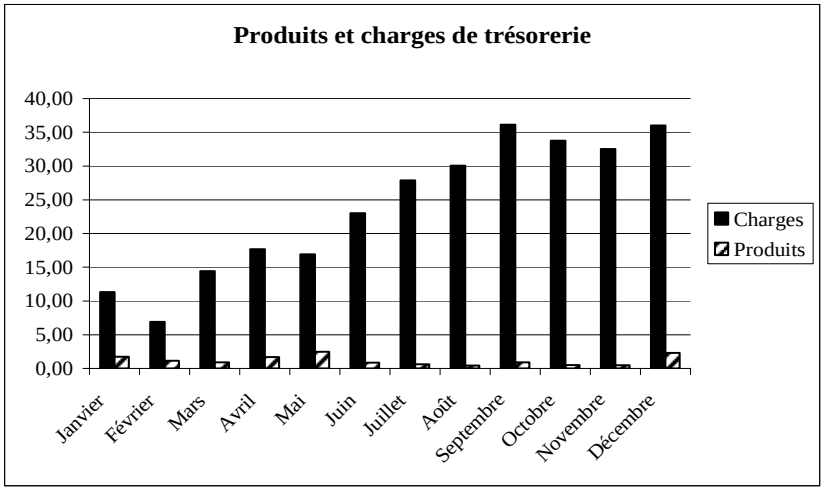
Une convention entre l'ACOSS et la CDC valable pour les années 2006 à 2010 prévoit les modalités suivantes. En premier lieu, l'ACOSS doit fournir chaque mois des prévisions glissantes à trois mois qui comportent un minimum et un maximum. Si, le moment venu, le besoin de financement (estimé ou réel) est inférieur au minimum ou supérieur au maximum, l'ACOSS doit verser une pénalité. En contrepartie, l'ACOSS bénéficie de taux qui évoluent en fonction inverse de la durée de l'emprunt. La performance de la gestion de la trésorerie dépend donc de la qualité des prévisions qui, globalement, est bonne.

Des billets de trésorerie (titres de créance négociables) ont été émis par l'ACOSS en fin d'année, et ont été rémunérés au taux Eonia + 1 point de base, donc à un niveau plus intéressant que celui des emprunts de un à six mois à la CDC. Mais les conditions d'émission sont très différentes.

NB : Eonia, qui est le taux des transactions au jour le jour traitées sur le marché interbancaire de la zone euro, a varié en 2006 entre 2,08 %et 3,69 %, la moyenne étant de 2,84 % et la médiane de 2,83 %. Le point de base représente 0,01 %.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a autorisé l'ACOSS à émettre elle-même des titres de créance négociables à court terme. Un premier emprunt de 4,96 Md€ a été levé le 28 décembre 2006 pour une durée de quinze jours avec pour souscripteur unique la caisse de la dette publique[33]. Au 31 décembre 2006, les dettes de l'ACOSS se montaient, outre ces 4,96 Md€ envers l'Etat, à 7,73 Md€ envers la CDC.

L'ACOSS ayant été emprunteuse tout au long de l'année 2006, les intérêts versés en 2006 ont été très supérieurs à ce qu'ils avaient été en 2005 (285,3 M€ contre 45,6 M€) et les intérêts reçus de la CDC très inférieurs (14,1 M€ contre 38,3 M€). Le solde net s'est donc fortement dégradé, tombant de -7,4 M€ à -271,2 M€.



Source : ACOSS

Dans ces conditions, l'impact sur les comptes des branches a été significatif. L'ACOSS en effet verse des intérêts aux branches quand elles

33. Cette mutualisation de la trésorerie des administrations publiques a permis de réduire leur taux d'endettement global. Cf. le rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, juin 2007, p. 11.

sont créditrices, et leur en compte quand elles sont débitrices[34]. En 2006, seule la CNAF a encore, sur l'exercice, un solde global créditeur de 56,8 M€ d'intérêts. La CNAMTS doit au contraire verser 132,6 M€ d'intérêts et la CNAVTS 256,6 M€, pour, il est vrai, 82,8 Md€ de décaissements, soit 0,31 %.

C – Le financement du FFIPSA

Au 31 décembre 2006, le FFIPSA détenait toujours une créance sur l'Etat de 661,7 M€ correspondant au solde non couvert du BAPSA dont la Cour réitère sa recommandation de rapide apurement. Par ailleurs, suite au report à nouveau des déficits de 2005 et 2006, le FFIPSA présentait au 31 décembre 2006 une situation nette négative de 2,7 Md€ contre 1,4 Md€ pour l'exercice 2005.

La trésorerie du FFIPSA est assurée par la CCMSA dans la limite du plafond d'avances de 7,1 Md€ voté par le Parlement. Une convention de mandat a été signée à cette fin entre ces deux organismes pour financer par des ressources d'emprunt le découvert du FFIPSA. Après mise en concurrence, la CCMSA a retenu un syndicat bancaire comprenant Calyon, la CRCA de Paris et BNP-Paribas et passé avec lui une convention d'ouverture de crédit à court terme (OCC)[35]. Au 31 décembre, les dettes à l'égard de la CCMSA s'élevaient à 3 093,3 M€ au titre des prestations et 36,1 M€ au titre des intérêts.

Au total, le FFIPSA ne peut compléter le financement des prestations des exploitants agricoles gérés par les caisses de MSA qu'en demandant à la caisse centrale de MSA de procéder à un emprunt (de 3,1 Md€) pour financer son découvert. Cet emprunt a été garanti par une lettre de confort du FFIPSA alors même que celui-ci présente une situation nette négative justifiant le recours à cet emprunt. Or,le FFIPSA ne dispose ni des actifs ni de ressources propres lui permettant de faire face à ses engagements, alors que les prévisions de la loi de financement pour les prochaines années (voir ci-dessous) font apparaître un déficit annuel supérieur à 2 Md€.

---

34. 93,75 % du taux Eonia quand le solde de la caisse est créditeur à l'ACOSS, 125 % de ce taux quand le solde est débiteur. L'ACOSS est nécessairement gagnante, mais la différence entre les intérêts qu'elle paie et ceux que lui versent les caisses prestataires vient en déduction de la dotation prélevée sur les recettes des branches pour le financement du recouvrement.

35 . L'OCC comprend deux tranches, une tranche A sous forme de découvert référence EONIA et une tranche B par avis de tirage référence EURIBOR, le tout compris dans des plafonds d'encours autorisés variant entre 5,2 Md€ et 6,7 Md€.

Dès lors que l'Etat a confirmé à l'occasion de l'établissement de son bilan d'ouverture qu'il ne considérait pas le FFIPSA comme un opérateur de l'Etat dont il aurait à reprendre la situation nette dans son bilan, le montage actuel dissimule le déficit réel du régime des exploitants agricoles. La question de l'existence même du FFIPSA se trouve posée comme la Cour l'a souligné dans de précédents rapports[36]. L'affectation de ressources de nature fiscale ne saurait être invoquée à l'encontre de la suppression du FFIPSA, le conseil constitutionnel ayant déjà statué sur la possibilité d'affecter directement des recettes d'origine fiscale à un organisme privé chargé d'une mission de service public[37].

En tout état de cause, dans la mesure où l'Etat n'entend pas faire jouer la possibilité prévue par la loi d'accorder au FFIPSA une subvention budgétaire, seul un apport de ressources fiscales est de nature à apurer la situation actuelle et à assurer un équilibre durable des comptes du régime des exploitants agricoles (sans préjudice d'un effort contributif supplémentaire de la part des exploitants agricoles, comme le montre le chapitre XII).

IV - Les besoins de financement jusqu'en 2009

Les comptes arrêtés à fin 2006 et les scénarios pour 2007-2009 annexés aux PLFSS pour 2006 puis 2007 font apparaître la persistance d'importants besoins de financement pour les régimes de sécurité sociale. Cette situation est d'autant plus préoccupante que les mécanismes mis en place pour suppléer à l'insuffisance actuelle ou future de ressources des régimes sont aujourd'hui soit limités dans leur effet -cas de la CADES- soit eux-mêmes grevés par le déficit des régimes -cas du fonds de réserve pour les retraites (FRR)-.

A – Les déficits cumulés à fin 2006

En dehors de la reprise par la CADES des déficits de l'assurance maladie intervenue en 2004, 2005 et 2006, les autres branches du régime général et les fonds de financement ont accumulé sur cette période des déficits qui s'élèvent à 6,9 Md€ pour le régime général et à 15,4 Md€ pour l'ensemble, contre 9,8 Md€ à fin 2005.

36. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006 et rapport au Sénat sur la protection sociale agricole, janvier 2007 annexé au rapport d'information n° 304 de la commission des affaires sociales du Sénat du 9 mai 2007.
37. Décision n° 98-405 DC du 29 décembre 1998.

Besoins de financement cumulés du régime général et des fonds de financement à fin 2006

En Md€

	2004	2005	2006	Besoins de financement cumulés
Régime général*	+0,3	-3,6	-3,0	-6,9
FSV	-1,8	-2	-1,3	-5,1
FFIPSA	-3,2 (dette BAPSA)	-1,4	-1,3	-3,4**
Total				**-15,4**

** Les besoins de financement du régime général sont exprimés après reprise de dettes par la CADES ; en outre ce chiffre ne tient pas compte de l'excédent de 0,3 Md€ de la CNAVTS affecté au FRR.*

*** Le total de 3,4 Md€ rend compte de la reprise d'une partie du déficit du FFIPSA à hauteur de 2,5 Md€ par le budget de l'Etat en loi de finances rectificative pour 2005.*

Source : LFSS pour 2006 pour la colonne 2006. Tableau Cour des comptes

B – Les scénarii 2007-2009 annexés aux projets de lois de financement

Depuis la loi organique du 2 août 2005, les lois de financement de la sécurité sociale doivent contenir pour l'année concernée par la loi et les trois années suivantes un tableau des objectifs de dépenses et des prévisions de recettes (et donc du solde) de chacune des branches des régimes et des fonds concourant à leur financement[38]. Ces tableaux permettent de suivre d'une année sur l'autre la trajectoire prévue de la situation financière des régimes et des fonds qui les financent.

Ces objectifs de dépenses et prévisions de recettes reposent sur certaines hypothèses économiques. La loi de financement pour 2006 présentait une hypothèse de croissance moyenne (2,6 %) ; celle pour 2007 présentait au contraire une hypothèse basse (2,25 %) et une haute (3,0 %). Bien que les exercices ne soient pas rigoureusement comparables, l'évolution des soldes du régime général prévue dans la LFSS pour 2007 montrait déjà que le redressement attendu pour 2007 et 2008 est plus lent que celui précédemment escompté dans la loi pour 2006.

Les scénarios qui seront présentés dans l'annexe au prochain PLFSS pour 2008 tiendront compte des nouvelles données économiques et de l'aggravation du déficit pour 2007, constatée par la commission des comptes en juillet 2007 (la prévision de déficit pour le régime général a été réévaluée de 8 Md€ à 12 Md€). Les données disponibles mettent déjà

38. Annexe B de la LFSS.

en évidence cependant le report dans le temps des perspectives de redressement, comme le montre le tableau qui suit.

Soldes prévisionnels 2007-2009

En Md€

Régime général				
	2007	2008	2009	**Cumul 2007-2009**
LFSS 2006	- 6,5	- 4,2	- 1,8	**-12,5**
LFSS 2007 (hypothèse basse)	- 8,0	- 6,6	- 3,8	**-18,4**
LFSS 2007 (hypothèse haute)	- 8,0	- 5,0	- 0,3	**-13,3**

Source : LFSS pour 2006 et 2007

De même, le FFIPSA présente une dégradation sensible de ses résultats prévisionnels dans les deux hypothèses. En revanche, les résultats du FSV connaîtraient une amélioration plus rapide que prévu initialement puisqu'il pourrait retrouver l'équilibre dès 2009 dans les deux hypothèses de croissance retenues par la loi de financement pour 2007, du fait d'une réduction plus forte du nombre de chômeurs.

Soldes prévisionnels 2007-2009

En Md€

	FSV				FFIPSA			
	2007	2008	2009	**2007-009**	2007	2008	2009	**2007-2009**
LFSS 2006	- 1,4	- 1,1	- 0,5	**-3**	- 1,8	- 1,8	- 1,9	**-5,5**
LFSS 2007 (hypothèse basse)	- 0,6	- 0,5	0	**-1,1**	- 2,1	- 2,1	- 2,2	**-6,4**
LFSS 2007 (hypothèse haute)	- 0,6	- 0,4	0	**-1**	- 2,1	- 2,1	- 2,1	**-6,3**

Source : LFSS pour 2006 et 2007

En fonction de l'hypothèse retenue, les besoins de financement prévisionnels cumulés sur 2007-2009 étaient évalués en LFSS 2007 entre 13,3 Md€ et 18,4 Md€ pour le régime général (contre 12,5 Md€ dans la prévision initiale) ; à 6,3 Md€ ou 6,4 Md€ (contre 5,5 Md€) pour le FFIPSA et entre 1,1 Md€ et 1 Md€ pour le FSV.

Les besoins de financement prévisionnels cumulés entre 2007 et 2009 atteindraient ainsi, selon les hypothèses retenues, entre 20,6 Md€ et 25,9 Md€. Si l'on ajoute les déficits cumulés à fin 2006, on obtient un besoin de financement variant entre 35 Md€ et 40 Md€ à horizon 2009, auquel il convient d'ajouter l'incidence de l'aggravation des déficits, estimée pour 2007 à 4 Md€.

C – Les déficits pris en charge par la CADES

1 – Le versement à l'ACOSS

En application de la loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004, la CADES a versé à l'ACOSS 5,7 Md€ au titre de la reprise du déficit de la branche maladie pour 2006[39].

Passifs repris par la CADES depuis 1996

En Md€

Année de reprise de dette	1996	1998	2003	2004	2005	2006	Total au 31/12/2006
Régime général	20,89	13,26					34,15
Assurance maladie				35,0	6,61	5,7	47,31
Etat	23,38						23,38
CANAM	0,45						0,45
Champ FOREC			1,28	1,09			2,37
TOTAL	**44,72**	**13,26**	**1,28**	**36,09**	**6,61**	**5,7**	**107,66**

Source : CADES

2 – L'amortissement de 2006

L'article 30 de la LFSS pour 2006 avait fixé l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la CADES à 2,4 Md€. Cet objectif (rectifié dans la LFSS pour 2007 à 2,773 Md€) a été légèrement dépassé puisqu'il s'établit pour 2006 à 2,82 Md€.

Toutefois, sa réalisation doit s'apprécier compte tenu de la suppression, à partir de 2006, du versement annuel à l'Etat pour un montant de 3 Md€ au titre du remboursement des charges d'intérêt et de l'amortissement du principal de la dette du régime général reprise par

39. Ce montant est légèrement inférieur au montant prévisionnel de 6 Md€ en raison d'un trop versé à l'ACOSS en 2005 suite à un moindre déficit constaté en 2005 par rapport à la prévision initiale. Ce versement porte la totalité des passifs repris par la CADES à 107,66 Md€ fin 2006.

l'Etat à la fin de 1993[40]. Comme le montre le tableau ci-dessous, cette diminution des charges a amélioré nettement le résultat de la CADES en 2006.

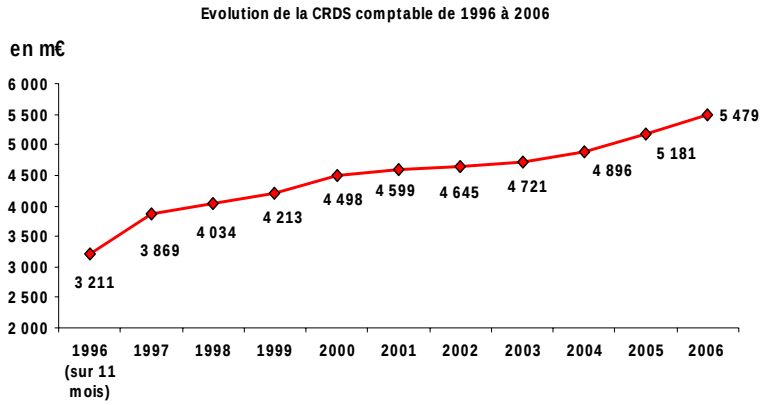
Résultats de la CADES 2000-2006

En Md€

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
I – Produit net bancaire (coût du refinancement-produits de trésorerie)	-1,46	-1,56	-1,44	-1,43	-1,55	-2,55	-2,66
II – Produits et charges d'exploitation non bancaires (CRDS–versements à l'Etat et aux OSS)	2,6	2,73	1,66	0,44	0,80	2,18	5,47
Total	**1,14**	**1,17**	**0,22**	**-0,99**	**-0,75**	**-0,37**	**2,81**

Source : CADES. Tableau Cour des comptes

En outre, comme le montre le graphique ci-après, les ressources de la CADES ont continué de croître à un rythme soutenu (5,8 % en 2005, 5,7 % en 2006 contre 3,7 % en 2004 et 1,6 % en 2003).



Au total, et en dépit de la diminution importante des charges et de la bonne tenue des ressources, l'endettement global de la CADES a augmenté en 2006 en raison de la reprise du déficit de la CNAMTS. La situation nette s'élève à -75,6 Md€ fin 2006 (contre -72,7 Md€ fin 2005 et

40. Il s'agit de la partie des déficits antérieurs à 1993 non apurée à fin 1995 par le fonds de solidarité vieillesse.

-65,7 Md€ fin 2004). L'objectif d'amortissement fixé par la LFSS pour 2007, 2,5 Md€, reste très proche de l'objectif initial de 2006 (2,4 Md€).

3 – Les perspectives

La loi du 13 août 2004 avait décidé par avance la reprise des déficits de la branche maladie pour un montant maximum de 50 Md€ jusqu'en 2006 inclus. Même si ce montant n'a pas été tout a fait atteint et si l'assurance maladie reste largement déficitaire en 2007, aucune nouvelle reprise de déficit ne peut avoir lieu au titre de la loi de 2004.

Désormais, de nouvelles reprises de déficits ne peuvent s'effectuer que dans les conditions prévues par l'article 20 de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Celle-ci n'interdit pas un nouvel accroissement de l'endettement mais elle subordonne « tout nouveau transfert de dette à la caisse d'amortissement de la dette sociale à (...) une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale ». Cette dernière était estimée fin 2006 entre 13 et 19 ans correspondant respectivement à une probabilité de 5 % et de 95 % de respecter cette échéance. Ces durées d'amortissement ne sont pas figées. Elles peuvent évoluer dans le temps en fonction des modifications affectant les hypothèses économiques et les marchés financiers. En conséquence, l'application de l'article 20 de la loi organique suppose que le calcul du supplément de recettes de CRDS soit effectué sous les mêmes hypothèses que celles utilisées pour déterminer la fourchette de durées d'amortissement avant transfert d'un nouveau montant de dettes.

V - Les réserves constituées par le fonds de réserve pour les retraites (FRR)

En 2006, le FRR a reçu 1,5 Md€ au titre du prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine, en augmentation de 20,9 % par rapport à 2005. Cette forte progression revêt toutefois un caractère exceptionnel dû à la modification des conditions d'assujettissement des PEL prévue par la LFSS 2006. En son absence, le produit de cette recette aurait stagné.

Cette ressource est la seule recette significative reçue par le FRR en 2006. Du fait des déficits constatés en 2005 par la CNAVTS et le FSV, le FRR n'a pu bénéficier d'aucun reversement au titre des excédents de ces organismes. De même, comme l'année précédente, il n'a reçu aucune recette de privatisation ou liée à des mesures exceptionnelles, comme cela

avait été le cas pour les licences de téléphonie mobile UMTS[41]. Au total, les abondements dont a bénéficié le FRR depuis sa création atteignent à peine 21 Md€.

Certes, la gestion des placements a généré un résultat de 2,1 Md€ en 2006 qui représente les produits financiers nets de charges financières et administratives (ces dernières ont été de 68 M€)[42]. Au 31 décembre 2006, le résultat cumulé depuis la création du fonds qui s'ajoute aux abondements s'élève à 3,9 Md€ et la valeur des capitaux propres (valeur de marché) à 27,5 Md€, après prise en compte des plus-values latentes sur instruments financiers (2,6 Md€).

Les ressources, les résultats et les capitaux propres du FRR*

En M€

	2004	2005	2006
Abondements de l'exercice	**2 158,0**	**1 529,3**	**1 545,3**
- Prélèvement social de 2 %	1 211,6	1 271,4	1 537,1
- Excédent de la CNAVTS (N-1)	945,9	254,6	-
- Excédent du FSV (N-1)	-	-	-
- Privatisations	-	-	-
- Parts de caisses d'épargne	-	-	-
- Licences UMTS	-	0,1	2,8
- Autres (contribution sur l'épargne salariale et consignations prescrites)	0,5	3,2	5,3
(1) Abondements cumulés	**17 891,9**	**19 421,2**	**20 966,5**
Résultat de l'exercice (produits financiers nets)	383,6	725,8	2 133,3
(2) Résultats cumulés (réserves)	**1 054,1**	**1 779,9**	**3 913,2**
(3) Plus-values financières latentes	**310,6**	**2 050,0**	**2 586,0**
(4)=(1)+(2)+(3) Capitaux propres	**19 256,6**	**23 251,2**	**27 465,7**

**Ce tableau présenté selon les normes comptables est légèrement différent de celui de l'an dernier : il distingue les ressources qui abondent le fonds du résultat des placements (produits financiers). Par ailleurs, la partie de la soulte IEG de 3 Md€ que gère le FRR pour le compte de la CNAVTS n'est pas comprise dans ce tableau dans la mesure où elle est sans incidence sur son financement.*

Source : Comptes du FRR

Dans les conditions actuelles de déficit de la CNAVTS et du FSV, la fraction de la contribution de 2 % sur les revenus de placements et du patrimoine constitue la seule ressource pérenne du FRR. Le COR a

41. Le FRR perçoit cependant des redevances annuelles sur les licences : elles se sont élevées à 2,8 M€ et pourraient atteindre 5 M€ en rythme de croisière.

42. Depuis juin 2004, date à laquelle le FRR a effectué ses premiers investissements financiers, le rendement annuel moyen, net des frais de toute nature, s'élève à 10,5 % soit 6,1 % au-delà du coût moyen d'endettement de l'Etat estimé pour la période 2006-2020.

effectué des projections sous diverses hypothèses de chômage à l'horizon 2020. Dans l'hypothèse d'un chômage ramené à 4,5 % à partir de 2015 et à réglementation constante, « le montant des réserves serait inférieur d'environ 20 % à l'objectif qui avait été envisagé lors de la création du FRR ». Dans les scénarios d'un taux de chômage de 7 % et 9 %, « le montant des réserves serait réduit de plus de 30 % et de près de 50 % par rapport au scénario à 4,5 % »[43].

En l'état actuel, ses capitaux propres ne représentent que 16 % de l'objectif assigné en 2000 au FRR (soit 24,4 Md€ constants pour un objectif de 152,4 Md€ constants).

*

* *

Les régimes sociaux n'ont pas connu le redressement escompté et n'ont réduit leur déficit en 2006 que grâce à des recettes exceptionnelles. La situation apparaît donc très préoccupante et conduit à une forte augmentation de la dette sociale, que la Cour a jugée « contraire à la « règle d'or » qui réserve l'emprunt au financement de dépenses d'investissement », et « en décalage avec les perspectives démographiques du pays »[44]. En l'absence de mesures correctives, les déficits cumulés dépasseront 40 Md€ à fin 2009, malgré la reprise de près de 50 Md€ par la CADES de 2004 à 2006. Ces déficits se traduisent par des tensions de plus en plus coûteuses sur la trésorerie des régimes et un endettement rapidement accru. C'est pourquoi la Cour estime que le retour à l'équilibre annuel des comptes sociaux doit constituer la priorité des pouvoirs publics.

RECOMMANDATIONS

5. Apurer les dettes anciennes de l'Etat vis-à-vis des régimes sociaux.

6. Publier annuellement en annexe de la loi de finances la fourchette des durées d'amortissement de la dette de la CADES, qui constitue la base de calcul en cas de mise en œuvre de l'article 20 de la loi organique.

43. Conseil d'orientation des retraites, perspectives 2020 et 2050, rapport 2006, pp. 184 à 186.

44. Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, préliminaire au débat d'orientation budgétaire, juin 2007, p. 92.

Chapitre III

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

PRÉSENTATION

La LFSS pour 2006 a fixé l'ONDAM à 140,7 Md€, soit une augmentation de 2,5 % par rapport à une base de référence de 137,2 Md€. Les comptes établis en mars 2007 montrent un dépassement important de 1,2 Md€, principalement imputable aux dépenses de soins de ville alors qu'il était estimé à seulement 700 M€ à l'automne 2006, au moment du cadrage de la LFSS pour 2007. L'exercice 2006 marque cependant une décélération significative des dépenses par rapport aux années précédentes.

Le présent chapitre analyse les modalités de construction de l'ONDAM, puis ses composantes les plus importantes (en masse financière) en l'occurrence celles relatives aux soins de ville et aux établissements de santé.

I - L'ONDAM : vue d'ensemble

Les dépenses d'assurance maladie sujettes à régulation sont retracées dans un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dont la valeur est fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Pour 2006 l'ONDAM est fixé à 140,7 Md€.

Conformément aux dispositions de la LOLFSS, ce montant global a été subdivisé en six sous-objectifs votés[45]. Mais la mise en oeuvre de cette nouvelle nomenclature n'a pas conduit à supprimer toutes les anomalies affectant le périmètre de l'ONDAM et de ses composantes internes relevées par la Cour[46].

A – Une nomenclature en six sous-objectifs

1 – Six sous-objectifs

Pour l'année 2006, les six sous-objectifs suivants ont été définis :

- le sous-objectif concernant les soins de ville regroupe les dépenses d'honoraires des professionnels de santé libéraux ainsi que les

45. En application de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les LFSS doivent définir au moins cinq sous-objectifs et en donner le montant.
46. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2005 p. 12 et suivantes.

dépenses liées aux prestations en nature et en espèces découlant de leurs prescriptions ;

- les deuxième et troisième sous-objectifs relatifs aux établissements de santé intègrent respectivement les dépenses entrant dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) et les autres dépenses relatives aux établissements de santé [47] ;
- les quatrième et cinquième sous-objectifs retracent la contribution des régimes d'assurance maladie au financement des prestations de soins des établissements et services prenant en charge respectivement les personnes âgées et les personnes handicapées ;
- le sixième sous-objectif comporte des dépenses diverses telles que la dotation nationale en faveur des réseaux ou les soins relatifs aux Français résidant à l'étranger.

2 – Des anomalies persistantes dans le périmètre de l'ONDAM et de ses composantes

Dans le RALFSS de 2005, la Cour avait relevé des anomalies dans le périmètre de l'ONDAM qui affaiblissaient l'efficacité des actions de régulation.

Certaines de ces anomalies concernant les composantes internes de l'ONDAM n'ont pas été corrigées. Les prescriptions hospitalières en ville et les dépenses relatives aux honoraires des médecins spécialistes intervenant en clinique continuent à figurer dans le sous-objectif soins de ville pour des montants importants (en 2006 respectivement 6,9 Md€ et 2,5 Md€).

Le même constat vaut pour les dépenses des unités de soins de longue durée (USLD) des hôpitaux et les dépenses de prescriptions en ville générées par les établissements et services médico-sociaux qui devraient être rattachées respectivement aux sous-objectifs relatifs aux personnes âgées et aux soins de ville.

En revanche, ont bien été incluses dans l'ONDAM des dépenses qui en étaient auparavant indûment exclues telles que la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations des professionnels libéraux et des dépenses relatives à l'exonération du ticket modérateur des 31ème et 32ème maladies[48] ainsi que la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé

47. Le terme d'ONDAM hospitalier reste en usage et correspond à l'ensemble que constituent ces deux sous-objectifs.

48. Ce dispositif est exposé dans le RALFSS de 2005.

publics et privés (FMESPP). Ces divers mouvements sont retracés par l'annexe 7 du PLFSS.

B – La construction de l'ONDAM

Exposé très schématiquement, le processus de détermination de l'ONDAM a consisté, comme chaque année, pour chacune de ses composantes, à appliquer à une base (après prise en compte du ou des changements de périmètre de l'ONDAM) un taux d'évolution prévisionnel. Ce taux d'évolution synthétise les effets contraires de l'augmentation tendancielle des dépenses et des économies attendues.

1 – Les taux

Le taux de progression en valeur de l'ONDAM induit par le vote de la LFSS à l'automne 2005 est de 2,5 %. Le tableau ci-après rappelle les bases et taux retenus pour les différents sous-objectifs.

ONDAM : base, taux d'évolution et montants votés

En Md€

Sous-objectifs	Base	Taux d'évolution	Montants votés
Dépenses de soins de ville	64,7	+ 0,9 %	65,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	44,4	+ 3,3 %	45,8
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17,2	+ 4,0%	17,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	3,9	+ 9,2 %	4,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6,3	+ 5,0 %	6,6
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,6	+ 8,6 %	0,7
ONDAM	137,2	+ 2,5 %	140,7

Source : Direction de la sécurité sociale, données retraitées

Le sous-objectif portant sur les soins de ville correspond à un taux d'évolution de +0,9 % nettement inférieur à ceux retenus pour les autres

postes de dépense. La détermination de ce sous-objectif s'appuie sur des prévisions concernant l'évolution des divers postes de dépenses dont l'une est pour le moins surprenante : il s'agit de l'hypothèse d'une forte diminution (-3,3 %) de l'ensemble des dépenses relatives aux produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux et produits d'origine humaine), alors que pour tous les autres postes de dépenses de ce sous objectif, les évolutions sont positives et varient entre +1,4 % et 4,9 %. Le sous-objectif concernant les soins de ville paraît donc avoir été fixé de manière irréaliste au regard des instruments permettant d'en assurer le respect.

2 – La base

Une difficulté permanente pour la détermination de l'ONDAM réside dans la fixation des bases auxquelles sont appliqués les taux d'évolution. Ces bases sont fixées en fonction des réalisations prévues pour l'année en cours[49], puisqu'elles ne peuvent pas être connues exactement au moment du vote de la LFSS. Les prévisions utilisées s'avèrent donc plus ou moins éloignées de la réalité constatée ensuite dans les comptes. La détermination des bases procède également du choix des pouvoirs publics de prendre en compte en tout ou partie le dépassement prévu de l'ONDAM de l'année qui se termine.

Ainsi, la base retenue pour 2006 a tenu compte d'une sous-réalisation sur les soins de ville estimée à 690 M€ et d'un dépassement de 625 M€ sur les établissements. En fait, la sous-réalisation pour les soins de ville n'a été que de 440 M€ et le dépassement effectif concernant les établissements a été de 765 M€.

De ce fait et dans la mesure où a été fixé un montant en valeur absolue, le respect de l'ONDAM aurait requis des taux d'évolution inférieurs à ceux qui ont été prévus dans le vote de la LFSS comme le montre le tableau suivant :

49. La détermination de l'ONDAM de 2006 en septembre 2005 s'est donc appuyée sur les prévisions de réalisation de l'année 2005.

ONDAM – comparaison entre les taux d'évolution initiaux et les taux d'évolution compte tenu des réalisations effectives de 2005

Sous-objectifs	Taux d'évolution initiaux		Taux d'évolution compte tenu des réalisations effectives
Dépenses de soins de ville	+ 0,9 %		+ 0,5 %
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	+3,3 %	+3,5%	+ 3,3 %
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	+4,0%		
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	+ 9,2 %		+ 9,2 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	+ 5,0 %		+ 5,0 %
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	+ 8,6 %		+ 7,0 %
ONDAM	+ 2,5 %		+2,2 %

Source : Direction de la sécurité sociale et Cour des comptes

Comme l'ont noté le comité d'alerte[50] ainsi que la commission des comptes de la sécurité sociale[51], alors que le sous-objectif relatif aux soins de ville avait été calibré en fonction d'un taux d'évolution de 0,9 %, la progression compatible avec le respect du montant voté en LFSS n'était en définitive que de 0,5 %. Il en est allé de même pour les établissements de santé (3,3 % au lieu de 3,5%).

Il apparaît que le même phénomène s'est reproduit pour l'ONDAM de 2007.

C – La mise en œuvre

1 – Le maintien d'objectifs fixés par arrêtés

Bien que la LFSS détermine désormais la nomenclature en sous-objectifs, différentes dispositions législatives prévoyant la détermination d'objectifs par voie d'arrêté restent en vigueur. S'agissant des établissements de santé, doivent ainsi être définis, par arrêtés annuels, un objectif de dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO), un objectif

50. Avis du 31 mai 2006.
51. Rapport de juin 2006.

relatif aux missions d'intérêt général et d'aide a la contractualisation (MIGAC), un objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) ainsi qu'un objectif quantifié national (OQN)[52]. En outre, un objectif commun est prévu pour la contribution des régimes d'assurance maladie au financement des prestations de soins des établissements et services prenant en charge des personnes âgées et des personnes handicapées[53].

Le code de la sécurité sociale[54] continue par ailleurs à faire mention d'un objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville qui, comme l'avait relevé la Cour dans le RALFSS de 2006, n'a pas connu d'application depuis 2002.

Enfin, complexité supplémentaire, un arrêté détermine le montant de la dotation nationale de développement des réseaux sans pour autant que soit prévu un objectif en la matière.

Distribution des objectifs entre les sous-objectifs

Sous-objectifs définis par la LFSS de 2006	Objectifs fixés par arrêté
Dépenses de soins de ville	Pas d'objectif
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	Deux objectifs : ODMCO, MIGAC
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	Deux objectifs : ODAM, OQN
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	Un objectif commun
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	Pas d'objectif

Source : Cour des comptes

Au total, sont constatés deux types d'incohérence qui concernent :

- tant la terminologie utilisée qui revient à inclure des objectifs dans des sous-objectifs ;
- que l'articulation de ces divers agrégats qui ne sont pas organisés logiquement, puisque les objectifs sont parfois inclus dans les sous-objectifs et parfois leur sont communs.

La Cour recommande en conséquence qu'il soit remédié à ces incohérences qui altèrent fortement la lisibilité de l'ONDAM, en procédant aux diverses modifications législatives nécessaires.

52. Articles L. 162-22, L. 162-22-9, L. 162-22-13 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale.
53. Article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles.
54. Articles L. 227-1 II et L. 162-8-1.

2 – Des opérations de transferts entre les composantes de l'ONDAM postérieures au vote de la LFSS

L'arrêté fixant l'objectif correspondant aux deux sous-objectifs médico-sociaux[55] a retenu un montant (11,0 Md€) différent de celui que donne la somme de ces deux sous-objectifs (10,9 Md€). Cette différence correspond en majeure partie à un transfert de fait de 100 M€ en provenance du sous-objectif concernant les autres dépenses des établissements de santé.

Ce transfert s'inscrit dans une série de modifications opérées par les services du ministère de la santé et des solidarités, postérieurement au vote de la LFSS. Ces opérations de transfert ont eu une incidence non négligeable sur le contenu des sous-objectifs concernant les établissements de santé (cf. partie C). Il conviendrait donc que cette pratique soit mieux encadrée à l'avenir.

55. Arrêté du 29 mai 2006 fixant pour l'année 2006 la contribution des régimes d'assurance maladie, l'objectif de dépenses et le montant total annuel des dépenses pour les établissements et services relevant de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionnés à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et fixant le montant mentionné à l'article L. 314-3-4 du même code.

3 – Les réalisations de 2006

ONDAM 2006 – Réalisations

Sous-objectifs	Réalisations en Md€	Taux d'évolution constatés[56]
Dépenses de soins de ville	66,6	+ 2,4 %
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	63,6	+ 3,1 %
Autres dépenses relatives aux établissements de santé		
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,4	+ 8,6 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6,6	+ 4,5 %
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,7	+ 14,4 %
ONDAM	141,8	+ 3,1%

Source : Direction de la sécurité sociale, données retraitées

Le montant des réalisations de 2006 est établi à partir des données comptables des branches maladie et AT-MP des différents régimes d'assurance maladie, retraitées de manière à identifier parmi les charges celles d'entre elles qui relèvent du périmètre de l'ONDAM[57].

Les dépenses d'assurance maladie relevant du périmètre de l'ONDAM pour l'ensemble des régimes se sont montées à 141,8 Md€ en 2006, contre 137,6 Md€ en 2005 à périmètre constant, correspondant à une augmentation de 3,1 %, contre près de 4 % en 2005. Cette évolution est à rapprocher du taux de croissance du PIB en valeur en 2006, estimé à 4,3 %. Ce taux d'évolution de l'ONDAM en 2006 est le plus bas qui ait été constaté depuis 1997.

Malgré cette décélération notable, l'ONDAM pour 2006 n'a pas été respecté, le dépassement ayant été de 1,2 Md€. Ce dépassement correspond à la différence entre le taux de progression de 2,2 % qui aurait été requis compte tenu des réalisations effectives de l'année 2005 et le taux de +3,1 % qui a été constaté pour 2006.

56. Les taux d'évolution sont ici rapportés aux réalisations de 2005 compte tenu des changements de périmètre.

57. Les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) produits en mars N+1, de même que les comptes en la forme, ne font pas spontanément ressortir les réalisations au titre de l'ONDAM.

Le dépassement de l'ONDAM trouve son origine dans les facteurs suivants :

- tout d'abord, la base prise en référence a été inférieure au montant effectif des dépenses de 2005 ;
- un certain nombre d'économies prévues au titre du plan médicament n'ont pas été réalisées en 2006 ; au total, alors que pour la LFSS de 2006, l'hypothèse d'une diminution de 3,3 % des dépenses de produits de santé avait été retenue, ces dépenses ont en définitive augmenté de 2,0 % ;
- une accélération des dépenses de soins de ville, qui n'avait pas été prévue, est intervenue au second semestre.

Dans ce contexte, l'essentiel du dépassement s'est concentré sur le sous-objectif des soins de ville.

4 – L'incidence sur la détermination de l'ONDAM de 2007

Les LFSS comportent des dispositions portant révision de l'ONDAM de l'année en cours.

Le terme de révision est cependant peu approprié ; cette opération ne constitue pas une adaptation de l'ONDAM de l'année en cours mais correspond en fait à une étape dans la détermination de la base prise en compte pour l'ONDAM de l'année suivante. C'est ainsi que la LFSS de 2007 a comporté une révision de l'ONDAM de 2006 à hauteur de 740 M€, ce montant correspondant au dépassement de l'ONDAM de 2006 qui était alors prévu. La différence entre ce dépassement prévisionnel et l'écart constaté en définitive trouve sa cause dans l'accélération des dépenses de soins de ville du second semestre.

Il apparaît ainsi que la détermination de l'ONDAM de 2007 n'a pas pris en compte l'intégralité du dépassement de 2006 et que sa base de calcul s'en est trouvée minorée d'autant. Cet état de fait a conduit, dès le départ, à en rendre la réalisation plus délicate.

De plus, sa construction s'est faite selon la même logique que celle de 2006 avec en particulier un sous objectif de dépenses de soins de ville très bas (+1,1%) et avec, à l'intérieur de ce sous objectif, une ligne dépenses de produits de santé à nouveau en baisse marquée (-2,5%).

II - Les dépenses de soins de ville en 2006

Après avoir rappelé la situation d'ensemble concernant les dépenses de soins de ville, cette partie revient sur les économies prévues et réalisées ainsi que sur les évolutions concernant les principaux postes.

A – Vue d'ensemble

Les dépenses réalisées au titre du sous-objectif des soins de ville ont été de 66,6 Md€ pour l'ensemble des régimes, soit une augmentation de 2,4 % (+2,7 % pour le régime général[58]).

Si les réalisations globales de l'année traduisent une décélération des dépenses de soins de ville, les données infra annuelles sont plus contrastées car elles font ressortir un début d'accélération au second semestre. Y contribuent principalement les indemnités journalières ainsi que les dépenses d'honoraires, sous l'effet notamment de revalorisations tarifaires entrées en vigueur en août 2006.

B – Les économies prévues et réalisées

Le respect du sous-objectif consacré aux soins de ville était conditionné à la réalisation de mesures d'économies d'un montant de l'ordre de 3,2 Md€, exposées dans l'annexe 9 du PLFSS. Ces économies sont définies comme des moindres dépenses par rapport à une évolution tendancielle.

Les principales sources d'économie résidaient dans la mise en œuvre du plan médicament et dans l'atteinte d'objectifs convenus avec les professionnels de santé dans le cadre de la démarche de maîtrise médicalisée des dépenses[59].

Les économies prévues par le plan médicament étaient de 2,1 Md€, dont 989 M€ au titre de l'impact sur 2006 des mesures du plan

58 . Selon les tableaux dits « lois de financements » produits par les services comptables de la CNAMTS.

59. D'autres économies étaient attendues de la lutte contre les fraudes (150 M€), de la mise en place d'une participation de 18 € sur les actes de plus de 91 € (40 M€) ainsi qu'en matière d'actes de biologie et de laboratoire (75 M€).

médicaments décidées en 2005[60] et 1,095 Md€ d'économies supplémentaires[61]. Or, selon la DSS, les réalisations en la matière portent sur un montant de 1,240 Md€, se décomposant de la manière suivante :

- - 610 M€ au titre des économies sur les génériques, la DSS incluant dans ce montant les économies réalisées dans le cadre de la maîtrise médicalisée ;
- -195 M€ au titre des baisses de prix ciblées ;
- -345 M€ au titre des déremboursements ;
- -80 M€ au titre des dispositifs médicaux ;
- -10 M€ au titre des grands conditionnements[62].

Les économies attendues au titre de la maîtrise médicalisée s'élevaient à 890 M€, dont 750 M€ au titre de la maîtrise médicalisée hors transports (en particulier sur les ALD et les arrêts de travail), 90 M€ au titre de la maîtrise médicalisée relative aux transports et 50 M€ au titre des prescriptions hospitalières en ville. S'agissant des médecins, ces objectifs ont été formalisés dans l'avenant n° 12 à la convention les régissant.

Un bilan des économies en matière de maîtrise médicalisée a été établi par la DSS et porte sur une somme moindre : d'une part, les 50M€ correspondant aux prescriptions hospitalières en ville n'y figurent pas, d'autre part, l'objectif d'économies sur les transports est ramené à un montant de 38 M€. En outre, comme indiqué plus haut, la DSS rattache l'ensemble des économies concernant les génériques au plan médicament.

60. Ces mesures se décomposent ainsi : 498 M€ au titre de la politique du générique, 165 M€ au titre des baisses de prix ciblées, 107 M€ au titre de l'adaptation des conditionnements, 85 M€ au titre des radiations d'autorisations de mise sur le marché, 75 M€ au titre des marges de distribution et 59 M€ au titre des tarifs des dispositifs médicaux.

61. Ce volet porte sur 650 M€ au titre de la politique du générique et sur 445 M€ au titre de déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant.

62. La DSS fait également état d'économies sur les médicaments rétrocédés et sur ceux de la ligne en sus, mais dont le montant n'avait pas encore été estimé début juillet.

Maîtrise médicalisée – économies attendues et réalisées

En M€

	Economies attendues (1)	Economies réalisées (2)	Différence (1-2)
Antibiotiques	63	21	42
Statines	93	62	31
Psychotropes	13	9	4
Inhibiteur de pompe à proton (IPP)	28	28	0
Arrêt de travail	190	275	-85
Affections de longue durée	292	66	226
ACBUS[63]	49	0	49
Transports	38	0	38
Total	**766**	**461**	**305**

Source : DSS et Cour des comptes[64]

Au total, malgré les résultats positifs concernant les arrêts de travail, les économies permises par la maîtrise médicalisée sont inférieures à ce qui avait été prévu. Les postes pour lesquels les défauts de réalisation sont les plus conséquents sont les ALD, les transports -pour lesquels aucune économie n'a pu être réalisée- et les antibiotiques.

A un niveau plus global, il est constaté que seules 60 % des économies prévues au titre du plan médicament d'une part, de la maîtrise médicalisée d'autre part, ont pu être réalisées. L'importance des écarts entre les prévisions et les réalisations devrait conduire à une étude plus poussée quant à la faisabilité des hypothèses dans ce domaine lors de la détermination de l'ONDAM initial.

63. Les ACBUS sont des accords de bon usage de soins.

64. Le montant des économies réalisées par le biais de la maîtrise médicalisée tel qu'évalué par la DSS est inférieur à celui estimé par la CNAMTS. Voir page 285 du présent rapport (bilan de la maîtrise médicalisée).

C – Les principaux postes de dépenses

Principaux postes de dépense – régime général

	Montants en 2006 en Md€	Evolution par rapport à 2005
Honoraires médicaux	12,4	+ 2,6%
- dont généralistes		+ 2%
- dont spécialistes		+ 2,9%
Honoraires paramédicaux	5,5	+ 7,1%
- dont infirmières	2,9	+ 8,7%
Transports	2,3	+ 8.8%
Indemnités journalières	7,3	- 0,8%
Médicaments	17,5	+ 1,5%
Autres produits de santé	3,1	+7,3%

Source : CNAMTS, tableau lois de financement (données retraitées)

Les dépenses d'honoraires médicaux ont été de 12,4 Md€, soit une augmentation de 2,6 % (+2,9% pour les spécialistes et +2% pour les généralistes). Les honoraires paramédicaux ont, quant à eux, été de 5,5 Md€, soit une augmentation de 7,1 %, l'augmentation la plus rapide se rapportant aux infirmiers (+8,7 %, soit un total de dépenses de 2,9 Md€). Par ailleurs, les dépenses d'honoraires concernant les transporteurs sanitaires se sont montées à 2,3 Md€, soit une augmentation de 8,8 %.

Selon les analyses des services statistiques de la CNAMTS, l'augmentation des dépenses d'honoraires médicaux est le fait, pour les médecins spécialistes, de la conjugaison d'un accroissement d'activité -principalement du fait des actes techniques et de revalorisations tarifaires- dans le contexte de la mise en place du parcours de soins et d'une nouvelle classification des actes médicaux[65].

Pour les médecins généralistes, l'effet des mesures tarifaires a été déterminant avec la mise en place du parcours de soins et la revalorisation du tarif de consultation à 21 € à compter du 1er août 2006. Il est à noter que cette dernière mesure, découlant d'un avenant à la convention

65. Voir le chapitre VIII relatif aux médecins libéraux.

médicale approuvé en mars 2006[66], n'a pas été prise en compte au stade de la révision de l'ONDAM, lors du vote de la LFSS de 2007.

D'après la CNAMTS, la cause principale d'augmentation des dépenses concernant les infirmiers réside dans l'augmentation du nombre de ces professionnels de santé exerçant en secteur libéral, consécutivement à l'accroissement de la taille des promotions dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). Elle est vraisemblablement également liée à la liberté d'installation des infirmières diplômées exerçant en libéral (IDEL), qui a été de nature à développer jusqu'en 2007 une offre de soins non régulée.

La progression des dépenses de transport est liée à la conjugaison d'un effet prix -à savoir des revalorisations tarifaires intervenues en août 2005, puis en août 2006, en application d'un avenant à la convention applicable aux transporteurs conclu en 2005- et d'un accroissement d'activité, lequel est d'autant plus notable qu'aucune des économies attendues sur ce poste au titre de la maîtrise médicalisée n'a été réalisée (cf. supra).

Les montants des indemnités journalières ont été de 7,3 Md€ en 2006, soit une diminution de 0,8 % par rapport à 2005. Les dépenses liées à ces prestations sont donc restées sur la tendance décroissante initiée en 2003, malgré un regain d'augmentation au cours du second semestre.

III - Les dépenses des établissements de santé en 2006

La LFSS 2006 a fixé l'ONDAM hospitalier[67] à 63,7 Md€ : celui-ci se compose du sous-objectif des « dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité » pour un montant voté de 45,8 Md€, et du sous-objectif des « autres dépenses relatives aux établissements de santé » pour un montant voté de 17,9 Md€.

L'ONDAM hospitalier a été construit de manière à contenir à +3,5 % la progression des dépenses d'assurance maladie prises comme base de référence (61,6 Md€), soit +3,3 % pour le premier sous-objectif

66 . Avenant n° 12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par un arrêté ministériel du 23 mars 2006.

67 . Cet intitulé recouvre les dépenses d'assurance maladie en direction des établissements de santé, hôpitaux et cliniques, quel que soit leur mode de financement.

et +4,0 % pour le second. Les comptes établis en mars 2007 montrent un respect de l'objectif.

A – La définition de l'ONDAM hospitalier 2006

Malgré une refonte de la nomenclature de l'ONDAM hospitalier, liée à la fois à l'introduction de la tarification à l'activité en 2005 et au vote de sous-objectifs dans la LFSS, la construction pour 2006 a été rendue particulièrement difficile par le déroulement atypique de l'exercice de référence qu'était alors 2005. La crainte d'un dérapage des dépenses dû à la T2A ainsi que l'insuffisante fiabilité des prévisions de réalisations de cet exercice ont conduit les pouvoirs publics à une démarche itérative complexe.

1 – La nouvelle nomenclature

Les dépenses d'assurance maladie en direction des établissements de santé publics et privés[68] ont été réorganisées en profondeur :

- en 2005, quatre objectifs[69] ont été définis pour tenir compte de la généralisation de la tarification à l'activité (T2A) : à cette occasion, une partie des dépenses relatives aux cliniques qui figuraient en soins de ville (produits de la liste des produits et prestations remboursables - LPPR- et une partie des médicaments) a été reclassée dans l'ONDAM hospitalier ;
- en 2006, les aides en capital qui sont allouées aux établissements via le fonds de modernisation des établissements publics et privés (FMESPP) ont été intégrées dans l'ONDAM ;
- en 2006 toujours, les dépenses ont été agrégées dans deux sous-objectifs pour être votés par le Parlement, conformément à la loi organique du 2 août 2005.

68. La dénomination simplifiée de secteurs public et privé renvoie d'une part aux établissements publics et privés anciennement sous DG (article L. 162-22-6 a, b et c), d'autre part aux établissements privés anciennement sous OQN ou non conventionnés (article L. 162-22-6 d et e).

69. Le périmètre et les mécanismes de régulation de ces quatre objectifs sont définis dans les articles L. 162-22-9, L. 162-22-13, L. 174-1-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale (LFSS 2004) et leurs montants sont fixés par arrêté chaque année avant le 1er mars.

Les composantes des deux sous-objectifs hospitaliers votés

Sous-objectifs votés dans la LFSS	Objectifs définis dans le code de la sécurité sociale	Ecarts entre les agrégats[70]
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	ODMCO commun MIGAC commun	
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	ODAM public OQN privé	Autres dépenses publiques Autres dépenses privées FMESPP

Source : Cour des comptes

Ainsi, le second sous-objectif comprend, en plus des deux objectifs spécifiques à chaque secteur (ODAM et OQN), un ensemble de dépenses qui représentent 1,7 % de l'ONDAM hospitalier : il s'agit de deux lignes de dépenses publiques et privées hors objectifs, auxquelles s'ajoute la dotation du FMESPP.

Le maintien des dépenses hors objectifs pose en réalité deux types de problèmes : d'une part, elles échappent aux mécanismes de régulation décrits pour chaque objectif dans le code de la sécurité sociale ; d'autre part, n'étant pas isolées dans les comptes des caisses pour la partie afférente au secteur privé, elles font obstacle à une présentation des dépenses réalisées de l'ONDAM en adéquation avec la nomenclature décrite ci-dessus.

2 – Un contexte rendu difficile par l'introduction de la T2A

La construction de l'ONDAM repose sur la fixation de deux éléments essentiels : le taux de progression en valeur des dépenses d'assurance maladie, qui focalise généralement l'attention car il traduit les intentions politiques des pouvoirs publics, mais aussi la base de dépenses auxquelles ce taux s'applique[71].

Pour 2006 la complexité inhérente à ces travaux de cadrage, reposant sur une démarche essentiellement prévisionnelle, a été nettement

70. Ces dépenses sont intégrées dans les sous-objectifs, mais ne sont pas dans les objectifs fixés par arrêté.

71. En effet, comme on l'a déjà vu, l'objectif de l'exercice N n'est construit ni à partir de l'objectif de n-1, le plus souvent dépassé, ni à partir des dépenses constatées en n-1 qui ne sont pas connues lors du cadrage du PLFSS réalisé en septembre.

aggravée par la généralisation de la T2A qui a perturbé l'exercice de référence qu'était alors 2005[72].

En premier lieu, la T2A comporte intrinsèquement un risque inflationniste important car elle fait disparaître en partie[73] la régulation budgétaire qui s'appliquait antérieurement aux établissements sous dotation globale.

En second lieu, la mise en œuvre de l'ONDAM 2005 n'a pas tenu compte de cette perspective probable de forte croissance des volumes d'activité : une hypothèse irréaliste de +1 % en volume a été finalement retenue pour les prestations relevant du champ de la T2A afin de permettre des hausses tarifaires significatives, et ce, contrairement aux recommandations du conseil de l'hospitalisation qui préconisait une hypothèse de +2 % en volume[74]. Aussi le dépassement de l'ONDAM 2005 a-t-il été prévu très tôt dans le processus de mise en œuvre.

Toutefois, les systèmes d'avances et d'acomptes temporaires mis en place lors du démarrage de la T2A n'ont pas permis de prendre la mesure exacte du dérapage redouté pour l'exercice 2005 : son montant total et sa ventilation entre postes de dépenses ont donné lieu à des estimations successives, comme le montre le tableau simplifié ci-dessous.

72. L'analyse qui suit s'appuie sur divers documents : les annexes au PLFSS, la note officielle de présentation de l'ONDAM 2006 réalisée par la DSS en charge de ces questions, les réponses faites à la Cour par la DSS et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

73. Sur le champ de la T2A (disciplines MCO), la part facturée s'élargit chaque année, conformément à la LFSS pour 2004 : elle est passée de 25 % en 2005 à 35 % en 2006 et à 50 % en 2007 pour atteindre 100 % en 2012. En ce qui concerne les dépenses de psychiatrie et de SSR, elles demeurent financées par dotations ainsi que celles des hôpitaux locaux. Il en est de même des dépenses des établissements de Saint Pierre et Miquelon, de Mayotte, de Fresnes, de l'institut national des invalides, des services de santé des armées.

74. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006, p. 37.

Les estimations successives du dépassement 2005 et sa répartition entre les deux secteurs d'établissements

En M€

	Juillet 2005	Juin 2006 comptes	Juillet 2006	Septembre 2006	Mars 2007 comptes revus
Dépassement total de l'ONDAM	875	669	800	793	**765**
Etablissements publics	413	371	372	352	**242**
Etablissements privés	462	298	428	441	**523**

Source : Cour des comptes (d'après les comptes, les avis, recommandations ou propositions du conseil de l'hospitalisation, les notes techniques de la DHOS).

Comme on le voit, ce n'est qu'avec un décalage de plus d'un an que les données sont disponibles, faisant apparaître des écarts importants par rapports aux prévisions pourtant rectifiées.

3 – Une démarche itérative discutable : les bases

Pour 2006, deux cadrages successifs ont été réalisés : la détermination des bases ainsi que la fixation des taux et des montants d'objectifs ont été modifiés entre le vote de la LFSS et la parution des arrêtés d'objectifs du 1er mars 2006. La DSS a considéré que cette modification des montants votés ne justifiait pas de loi rectificative, dans la mesure où le taux global de l'objectif hospitalier était conservé (+3,5 %). Il convient de rappeler cependant que le vote ne porte que sur des montants, les taux s'en déduisant.

Les modifications intervenues après le vote de la LFSS, résumées dans le tableau ci-dessous, ont concerné toutes les composantes des sous-objectifs votés. En plus des habituelles opérations de rebasage, de transfert et de fongibilité[75], une série de redéploiements a été réalisée entre postes supposés en dépassement ou en sous-consommation.

75. Rebasage : prise en compte pour tout ou partie du dépassement de l'année précédente. Transferts : entre l'ONDAM et d'autres sources de financement. Fongibilité : transferts à somme nulle entre enveloppes de l'ONDAM pour prendre en compte les modifications de rattachement de certaines dépenses identifiées.

Bases, objectifs et taux de l'ONDAM hospitalier

En M€

	Premier cadrage			Second cadrage après vote de la LFSS		
	base	objectif	taux	base	objectif	taux
ONDAM hospitalier	61 583	63 741	3,5%	61 427	63 579	3,5%
1er sous-objectif	44 364	45 841	3,3%	44 351	45 780	3,2%
2ème sous-objectif	17 219	17 900	4,0%	17 077	17 799	4,2%

Source : Cour des comptes.

La base fixée avant le vote de la LFSS à 61 583 M€ correspondait à l'objectif 2005 augmenté de 657 M€ : 625 M€ de rebasage (pour un dépassement finalement constaté de 764 M€) et 32 M€ d'augmentation nette, due aux divers transferts[76].

Lors de la seconde phase, intervenue après le vote de la LFSS, la base définitive a été fixée à 61 427 M€, en diminution nette de 156 M€ par rapport à la base initiale.

A cette occasion, divers transferts ont été opérés entre les lignes de l'ONDAM hospitalier et le rebasage lui-même a fait l'objet d'une nouvelle ventilation entre la dotation MIGAC et l'ODMCO public qui s'est avérée inadéquate.

Cette démarche itérative, certes guidée par le souci d'adapter les composantes de l'ONDAM aux prévisions successives des réalisations 2005, apparaît peu pertinente, en raison de la qualité insuffisante des informations dont dispose le ministère pour procéder à des ajustements en temps réel.

4 – Les taux de progression de l'ONDAM hospitalier en valeur

Le seul élément demeuré stable au cours de ces diverses étapes de cadrage est le taux de progression appliqué aux deux bases successives vues ci-dessus : fixé à +3,5 %, il se répartit en +3,4 % pour les dépenses incluses dans les quatre objectifs et +8,3 % pour les dépenses hors objectifs (+34,0 % pour la dotation FMESPP et +0 % pour les dépenses résiduelles non régulées, publiques et privées).

76. Deux mouvements significatifs et de sens inverse sont à signaler : le transfert de financement vers les régions des instituts de formation des soins infirmiers (IFSI) et l'inclusion dans l'ONDAM de la dotation FMESPP déjà signalée pour 244 M€. Au total, la base des établissements publics était en diminution nette de 235 M€ et celle du secteur privé en augmentation de 49 M€.

Ce taux de +3,5 % est supérieur au taux mentionné dans le plan de redressement de l'assurance maladie 2005-2007, comme le sont d'ailleurs les taux fixés pour les trois exercices concernés : ont été fixés des taux de +3,6 % en 2005 et de +3,5 % en 2006 et en 2007, alors que le plan prévoyait des taux de +3,5 % en 2005, +2,9 % en 2006 et +2,0 % en 2007[77].

Par ailleurs, les informations disponibles (notamment l'annexe 9 du PLFSS 2006) donnent une image incertaine de l'équilibre économique qui sous-tend ce taux de progression de 3,5 % et des efforts qu'il exige des assurés et des établissements.

a) Une inflexion surestimée

En effet, le taux de +3,5 % est présenté comme nécessitant une inflexion de 2,1 points par rapport à une progression estimée à +5,6 % en l'absence d'économies. Cette référence qui s'apparente à une croissance tendancielle est pourtant particulièrement atypique :

- d'une part, sur les deux autres exercices concernés par le plan de redressement, le référentiel de croissance sans économies est de +4,1 % en 2005 et +4,2 % en 2007 ;
- d'autre part, ce référentiel est nettement supérieur à la croissance de +4,4 % constatée pour 2005 (réalisations 2005/réalisations 2004 à champ constant).

Cette croissance tendancielle conduit à surestimer les économies nécessaires demandées aux assurés et aux établissements.

b) Des économies incertaines

Les économies[78] de 1 269 M€ qui correspondent à l'inflexion de 2,1 points sont à la fois hétérogènes et peu précises.

Une partie provient en effet de mesures réglementaires qui ne diminuent pas la capacité de financement des établissements, mais découlent pour 180 M€ d'un transfert de financement sur les assurés (dû à l'augmentation du forfait journalier de 1 € et à la franchise de 18 € sur les actes supérieurs à 91 €) et pour 179 M€ du report de certaines mesures de santé publique.

---

77. Rapporté à la base de départ qui est celle pour 2005 (58 822 M€), ce différentiel cumulé de croissance de 2,2 points représente un surplus de dépenses de 1 294 M€ sur les trois exercices, toutes choses égales par ailleurs : ce surplus théorique n'intègre pas en effet le rebasage de 625 M€ effectué suite au dépassement de 2005.

78. Enumérées dans l'annexe 9 du PLFSS.

L'autre partie des économies, soit 910 M€ au total, est en revanche plus incertaine : il s'agit des économies de gestion supposées être réalisées par les établissements, pour ne pas creuser le déficit de leurs comptes ni augmenter les recettes autres que celles provenant de l'assurance maladie. Un montant de 560 M€ correspond à la réduction de certaines charges de gestion énumérées[79], auquel s'ajoute une ligne de 350 M€ (plus du quart des économies totales) mentionnée comme « mesures diverses », sur laquelle l'administration n'a pas été en mesure de fournir d'explications à la Cour.

Les économies mises en œuvre par la DHOS ne sont pas en cohérence avec ce schéma général qui apparaît dès lors bien factice : ne sont pris en compte que 660 M€ (100 M€ résultant du transfert de financement sur les assurés via l'augmentation du forfait journalier et 560 M€ découlant des économies de gestion des établissements énumérées).

La circulaire budgétaire du 24 février 2006 délègue aux agences régionales d'hospitalisation (ARH) le soin de définir avec les établissements publics les modalités permettant de générer les économies de gestion, mais pour un montant de 288 M€[80] seulement sur les 560 M€ visés. Chaque ARH s'est donc vu confier la responsabilité de « garantir » les économies sur la seule part d'activité financée par dotation (dotation annuelle complémentaire pour le MCO et dotation annuelle de financement pour les soins de suite et la psychiatrie) ; a contrario, le reste des économies attendues (105 M€ pour le secteur privé et 131 M€ pour la part facturée du secteur public) est laissé à l'appréciation des établissements. Dès lors, les ARH n'ont eu la faculté de moduler le taux d'effort par établissement que sur cette seule partie d'économies.

La distinction ainsi opérée entre les modes d'allocation des recettes provenant de l'assurance maladie (dotation ou remboursement de prestations facturées) semble très artificielle car les établissements doivent générer des gains de productivité pour une activité globale dont les moyens de production sont difficilement fractionnables.

---

79. Economies produites par une rationalisation des achats (450 M€) et par une meilleure gestion (110 M€ dont 10 M€ dus au renforcement de la chirurgie ambulatoire, 50 M€ à la réorganisation des services et 50 M€ au bon usage des soins).

80. Les 560 M€ d'économies sont répartis en 105 M€ sur le secteur privé, 131 M€ sur la partie facturée des établissements publics, 324 M€ sur la partie financée en dotation dont 288 M€ déléguée aux ARH et 36 M€ hors dotations régionales (APHP, Fresnes, …).

5 – Les redéploiements entre les composantes de l'ONDAM hospitalier

Déclinés à partir du taux général de progression de 3,5 % (3,43 % pour les dépenses des quatre objectifs), les taux des divers sous-ensembles de l'ONDAM hospitalier ont été différenciés, et ce, de manière fluctuante : ceci résulte des redéploiements effectués entre les bases (cf. supra), mais aussi d'une affectation très modulée des mesures nouvelles.

Les fluctuations des objectifs et des taux

En M€

	LFSS		Ventilation correspondant au 2ème cadrage	
	Montant	Taux	Montant	Taux
Sous-objectif	45 841,1	3,3%	45 779,8	3,2%
ODMCO	40 353,6	2,2%	40 161,3	2,0%
MIGAC	5 487,6	12,3%	5 618,6	12,6%
Sous-objectif	17 900,1	4,0%	17 800,5	4,2%
ODAM	15 024,6	3,7%	14 902,5	3,9%
OQN	1 789,5	3,2%	1 816,0	4,6%

NB : Ne figurent dans la dernière colonne que les chiffres qui diffèrent de la colonne précédente.

Source : Cour des comptes (informations recueillies auprès de la DSS et de la DHOS)

Parmi les effets des multiples redéploiements réalisés, il convient de mettre en exergue deux mouvements significatifs :

- le renforcement dans le secteur public de la marge de manoeuvre placée sous la responsabilité des ARH qui disposent de 268 M€[81] supplémentaires[82] ;
- les transferts du secteur public vers le secteur privé : l'ODMCO public a été amputé de 191 M€ pour abonder de 23 M€ l'OQN et de 168 M€ l'ODMCO privé.

81. 98 M€ ont été prélevés de l'ODMCO public pour ce faire.

82. 174 M€ affectés à la partie «aide à la contractualisation » des MIGAC et 94 M€ de marge de manœuvre dans l'ODAM qui, n'étant pas soumis à la T2A, ne comporte pas de MIGAC.

Ce transfert ultime de 168 M€ vers l'ODMCO privé a été opéré pour uniformiser la variation tarifaire annuelle appliquée in fine aux groupes homogènes de séjours (GHS) des deux secteurs, en l'occurrence une baisse de 1 %.

Cette harmonisation n'est cependant qu'apparente, puisqu'elle engendre en réalité une distorsion importante des taux de progression autorisés entre l'ODMCO public finalement fixé à +1,5 % et l'ODMCO privé porté à +4,0 %. Avant cette ultime opération de redéploiement, l'application des hypothèses de cadrage conduisait à augmenter les tarifs du secteur public de +0,8 % et à baisser ceux du privé de -3,5 %.

Incidence par secteur de l'évolution de l'ODMCO

En M€

	LFSS		Ventilation correspondant au 2ème cadrage		Ventilation finalement mise en oeuvre	
	Montant	Taux	Montant	Taux	Montant	Taux
ODMCO total	40 353,6	2,2%	40 161,3	2,0%		
dont ODMCO public*	31 677,0	1,9%	31 618,4	2,0%	31 450,8	1,5%
dont ODMCO privé*	8 676,6	3,3%	8 542,8	2,0%	8 710,5	4,0%

NB : Ne figurent dans la dernière colonne que les chiffres qui diffèrent de la colonne précédente.

Source : Cour des comptes (informations recueillies auprès de la DSS et de la DHOS)

La Cour constate qu'il existe une divergence entre la présentation faite par les pouvoirs publics de la LFSS pour 2006, supposée introduire une pause dans la démarche de convergence tarifaire entre les secteurs public et privé, et la réalité des transferts financiers opérés, similaires dans leur logique à ceux effectués en 2005.

A ces opérations réalisées à destination des cliniques privées s'ajoute un élément supplémentaire qu'il convient de rappeler : les honoraires des praticiens libéraux, afférents aux actes réalisés au cours d'hospitalisations, ne sont pas inclus dans les tarifs des établissements privés et figurent non dans les dépenses des deux objectifs ODMCO et OQN privés, mais en soins de ville. Or, d'après les informations du régime général, le remboursement de ces actes (le tiers des dépenses totales d'honoraires) a connu une croissance supérieure à 5 % en 2006. Les efforts de maîtrise ne s'imposent donc pas de manière identique aux deux secteurs d'établissements.

B – Les réalisations 2006

Malgré les insuffisances du cadre comptable et statistique qui nuisent au suivi des réalisations 2006 par sous-objectif voté et objectif arrêté, le constat est globalement satisfaisant : l'ONDAM hospitalier a été respecté. Ce résultat ne doit pas cependant masquer certains sujets d'inquiétude, en particulier la dérive des dépenses du secteur privé.

1 – Des informations comptables non adaptées à la nomenclature de l'ONDAM

Le plan comptable des caisses et la nomenclature des tableaux de centralisation des données comptables des caisses (TCDC) ne sont pas en adéquation avec celle de l'ONDAM décrites supra : les comptes ne permettent donc pas de retracer les dépenses des sous-objectifs votés, ni celles des objectifs arrêtés, mais autorisent seulement un classement des dépenses constatées par secteur d'établissements, avec une ventilation limitée aux dépenses du seul secteur public[83].

Les dépenses constatées en 2005 et 2006

En M€

	2005 Comptes de mars 2006	2005 Comptes révisés en mars 2007	2006 Comptes de mars 2007
Etablissements publics	**51 262**	**51 103**	**52 268**
a- Etablissements publics (champ arrêtés) dont	50 834	50 683	51 881
ODMCO	31 347	31 299	31 514
MIGAC	4 801	4 794	5 427
ODAM	14 711	14 625	14 940
	- 25	-25	
b- autres frais d'établissements publics	428	420	387
Etablissements privés	**10 363**	**10 587**	**10 964**
FMESPP			327
Total établissements de santé	**61 625**	**61 990**	**63 560**

Source : DSS

La raison de cette carence provient de ce que le plan de comptes détaillé des caisses n'isole pour l'instant qu'une seule des trois composantes de la rubrique « autres dépenses » des cliniques privées, à

83. Une modification de la nomenclature des comptes, intervenue en janvier 2007, devrait permettre une ventilation correcte des comptes 2007 qui seront arrêtés en mars 2008.

savoir les dépenses des « conventions internationales »[84] ; les deux autres composantes -dépenses des unités de soins de longue durée privées et dépenses des établissements étrangers conventionnés avec l'assurance maladie- ne sont appréhendées qu'à partir d'estimations réalisées sur la base des statistiques du régime général, elles-mêmes issues de la liquidation. Prévues pour un montant de 242 M€ dans l'ONDAM hospitalier de 2006, elles avoisineraient 165 M€ selon ces estimations. L'écart d'environ 80 M€ correspond en réalité à des dépenses qui devraient être rattachées aux dépenses des deux objectifs que sont l'ODMCO privé et l'OQN.

L'éclairage complémentaire apporté par les statistiques disponibles ne permet pas de corriger l'absence de suivi comptable des objectifs ODMCO et OQN, en raison du dysfonctionnement des deux systèmes d'information à vocation interrégimes prévus dans le code de la sécurité sociale[85].

Quant aux informations du seul régime général, issues de la liquidation, elles isolent les dépenses des objectifs et donnent des indications intéressantes, mais elles ne peuvent pas être extrapolées de manière fiable car leur part varie chaque année et s'avère très différente selon les disciplines observées : la part du régime général semble d'ailleurs croître régulièrement puisque le taux de progression de ses dépenses est toujours supérieur à celui des dépenses tous régimes.

2 – Un constat globalement satisfaisant qui doit être nuancé

a) Le respect de l'objectif

Comme on l'a vu précédemment, l'ONDAM hospitalier a été construit avec un taux de progression de +3,50 % appliqué à la base :

84. Il s'agit des soins délivrés aux étrangers non résidents en France, facturés par les établissements privés à l'assurance maladie française qui en est remboursée ultérieurement par les régimes étrangers.

85. Il s'agit d'une part de la base de données issue des caisses centralisatrices des paiements (CCDP), créée en 2000 pour remplacer le SNIR-EP, d'autre part du SNIIRAM, qui s'est substitué au SNIR-EP en 2005, mais ne recueille pas l'exhaustivité des dépenses tous régimes (une partie des dépenses du RSI manque notamment en 2006).

toutefois, par rapport aux dépenses constatées de 2005[86] et à champ constant, la progression autorisée n'a été en fait que de +3,17 %.

L'objectif a cependant été respecté : arrêtées à 63 560 M€ en mars 2007, les dépenses lui sont inférieures de 20 M€. Selon ces chiffres provisoires[87], la progression réelle des dépenses hospitalières en 2006 aurait donc été de +3,14 %.

Ce constat contraste favorablement avec celui de 2005, caractérisé par un très fort dépassement de l'objectif (arrêté à 669 M€ en mars 2006 et révisé à 765 M€ en mars 2007) ; il traduit une décélération de plus d'un point du rythme de croissance de 2005 (+4,4 %).

Ce résultat marque également un redressement inespéré de la situation décrite par la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2006 qui prévoyait, pour 2006, un dépassement d'environ 300 M€, estimé à 125 M€ après prise en compte des mesures correctives annoncées par le ministre pour la fin de l'exercice : or, ces mesures n'ont été appliquées que très partiellement (45 M€ de baisse tarifaire temporaire dans les cliniques au lieu de 60 M€, gel de 115 M€ dans les établissements publics, finalement distribués en fin d'exercice dont une partie à titre non reconductible).

Le respect de l'équilibre ainsi atteint ne devrait pas se dégrader lors de la révision des réalisations 2006 qui aura lieu en 2008 : d'après les informations du régime général relatives aux liquidations du début de 2007, les provisions constituées pour établir les comptes 2006 semblent plutôt surestimées, contrairement à celles des deux exercices antérieurs.

b) Un sujet principal de préoccupation

Le constat de modération fondé sur la seule observation des réalisations globales de 2006 doit toutefois être modulé, car il recouvre deux situations différentes : les dépenses des établissements anciennement sous dotation globale sont inférieures de 187 M€ à l'objectif (52 268 M€ versés pour 52 456 M€ autorisés), alors que celles

86. Arrêtées à 61 595 M€ en mars 2006 et révisées à 61 690 M€ en mars 2007, elles correspondent à un montant de 61 623 M€ à périmètre 2006, ce qui permet une comparaison homogène. C'est ce que la DSS intitule « la base réactualisée ».

87. Les comptes des caisses comprennent des provisions calculées sur une base statistique, puisque la totalité des dépenses en droits constatés n'est pas connue à la clôture de l'exercice : si les comptes des caisses sont par construction définitifs, les comptes de l'ONDAM sont en revanche révisés l'année suivante pour corriger les erreurs de provisions. Ainsi, pour les établissements de santé, le sous-provisionnement a été de 275 M€ en 2004 et de 96 M€ en 2005.

des cliniques privées dépassent l'objectif de 168 M€ (10 964 M€ versés pour 10 796 M€ autorisés).

Compte tenu des difficultés manifestes engendrées par l'introduction de la T2A en 2005 (dépassement 2005, cadrage 2006 très incertain tant en ce qui concerne les bases que les taux de progression), il paraît sans doute plus pertinent de considérer les évolutions réelles des deux secteurs (réalisation /réalisation à périmètre constant) sur les exercices 2005 et 2006 cumulés :

- en ce qui concerne le secteur public, la progression a été de +4,1 % en 2005 et de +2,9 % en 2006, soit +3,5 % en moyenne annuelle ;
- en ce qui concerne le secteur privé, la progression a été de +6,8 % en 2005 et de +3,7 %% en 2006, soit +5,2 % en moyenne annuelle. Cette très forte progression constatée depuis l'introduction de la T2A (+1 062 M€ de dépenses dont 690 M€ de dépassements par rapport aux objectifs) constitue une accélération par rapport aux tendances antérieures et traduit une durable absence de maîtrise de ce secteur : la Cour avait en effet constaté que les dépenses de ces établissements entre 2000 et 2004 avaient augmenté de 2 Md€ dont 1 Md€ de dépassements par rapport aux objectifs[88].

CONCLUSION

En 2006 comme pour les années précédentes à l'exception de 2005, l'ONDAM voté par le Parlement dans le cadre de la LFSS n'a pas été respecté. Avec un dépassement de 1,2 Md€, l'ONDAM a progressé de +3,1 %, soit un rythme supérieur au taux d'évolution voté (+2,5 %). Cette tendance constitue cependant une décélération par rapport aux évolutions constatées précédemment, même si le rythme d'évolution des dépenses de soins de ville et des cliniques privées continue d'inquiéter.

L'amélioration de la présentation de l'ONDAM et de l'articulation de ses sous-objectifs que la Cour appelle de ses vœux aurait pu permettre de renforcer l'efficacité des mesures de régulation.

88. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2005, pp. 49 et suivantes.

RECOMMANDATIONS

7. Remédier aux incohérences qui affectent la lisibilité de l'ONDAM (terminologie, articulation entre sous-objectifs et objectifs).

8. Mieux expliciter dans les annexes du PLFSS les hypothèses qui fondent les prévisions de croissance de l'ONDAM et s'assurer de la faisabilité des économies prévues.

9. Mettre le plan de comptes des caisses et les retraitements des TCDC en adéquation avec la nomenclature détaillée de l'ONDAM, afin de mieux suivre l'évolution des dépenses des cliniques privées.

DEUXIEME PARTIE

LA GESTION DES RISQUES

Chapitre IV

La fiabilité des comptes des hôpitaux

PRÉSENTATION

La fiabilité des comptes des établissements publics de santé (EPS)[89] *représente un enjeu majeur en raison des volumes financiers concernés (59 Md€ de charges et de produits et un bilan de 44 Md€ en 2005). Elle revêt une importance accrue dans le contexte de la certification des comptes de la sécurité sociale, laquelle finance à plus de 90 % les budgets hospitaliers.*

Dans le cadre d'une enquête effectuée de 2004 à 2006, la Cour et dix neuf chambres régionales des comptes[90] *ont examiné les comptabilités de 69 hôpitaux (dont 11 CHU), représentant 34 % des charges hospitalières de l'exercice 2005. Il en ressort que de nombreuses irrégularités comptables aboutissent à occulter une partie des déficits ou, de manière moins fréquente, à dissimuler des excédents. La connaissance des actifs et des passifs est pour sa part entachée par différentes incertitudes. Cette situation affecte la sincérité des résultats comptables affichés par les EPS. Elle ne facilite pas par ailleurs la connaissance des coûts de l'activité hospitalière, pourtant indispensable aux réformes en cours sur le financement à l'activité et la gouvernance.*

I - Les ambiguïtés des comptes hospitaliers

A – Une série statistique sur les comptes des hôpitaux faussée jusqu'en 2005

Les données financières hospitalières proviennent de la centralisation opérée par la direction générale de la comptabilité publique (DGCP) des comptes de 1 118 établissements publics de santé, c'est-à-dire de tous les EPS, à la seule exception de ceux des collectivités d'outre-mer et de l'EPS national de Fresnes. Pour l'exercice 2005, les données ainsi agrégées font apparaître en produits un montant de 58 894 M€, en charges un montant de 58 709 M€, le résultat s'établissant

89. « Etablissement public de santé » (EPS) est la dénomination donnée par le code de la santé publique à l'hôpital public ; les deux appellations (EPS et hôpital) sont utilisées indifféremment dans le présent chapitre.

90. Chambres régionales des comptes d'Alsace, d'Aquitaine, de Bourgogne, de Bretagne, du Centre, de Champagne-Ardenne, de Guadeloupe Guyane Martinique, d'Ile-de-France, du Limousin, de Lorraine, de Midi-Pyrénées, du Nord Pas-de-Calais, de Basse-Normandie, de Haute-Normandie, des Pays de la Loire, de Picardie, du Poitou-Charentes, de Rhône-Alpes et de Provence-Alpes-Côte d'Azur.

à 185 M€. Au bilan, l'actif brut s'élève à 76 932 M€, l'actif net et le passif à 43 834 M€.

La Cour relève que ces produits et charges ont été surestimés de plus d'1 Md€ (de plus de 2 %) en raison d'une double comptabilisation d'une partie de l'activité de l'assistance publique hôpitaux de Paris (AP-HP)[91] : en effet, selon les calculs du trésorier-payeur général de l'AP-HP effectués sur l'exercice 2003, le total des dépenses d'exploitation, nettes des doubles comptes, s'est élevé à 5 396 M€ et non pas à 6 477 M€ comme enregistré au compte, soit un écart de 1 081 M€. Le montant des recettes a été de 5 215 M€ et non pas de 6 436 M€ comme affiché, soit un écart de 1 221 M€[92]. En 2006, le budget de l'AP-HP a été pour la première fois présenté sans double compte de l'activité. Ses comptes devraient être également clarifiés, mettant un terme au gonflement artificiel des produits et des charges.

B – La régularité comptable contrariée par la contrainte budgétaire

1 – Les principes comptables

La comptabilité hospitalière est régie par l'instruction M21[93] dont la dernière version a été publiée le 22 décembre 2006 au journal officiel. Posant en préambule que la comptabilité doit être « régulière, sincère et donner une image fidèle de la situation des établissements », l'instruction M21 s'inspire du plan comptable général[94]. Ainsi, en vertu du principe des droits constatés et du principe de prudence, des charges de provisions et d'amortissements doivent être comptabilisées dès lors qu'existe un risque de dépréciation d'actif ou de création d'un passif.

91. C'est ainsi que les dépenses de médicaments, par exemple, étaient comptabilisées comme charge de la pharmacie centrale de l'AP-HP puis de nouveau comme charge de l'hôpital consommateur du médicament.
92. Source : trésorerie générale de l'AP-HP.
93. L'instruction M21, adoptée par arrêté interministériel, intègre les dispositions législatives et réglementaires relatives aux comptes et budgets des EPS.
94. L'article 52 du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique prévoit que la nomenclature des comptes des organismes publics « s'inspire du plan comptable général approuvé par arrêté du ministre des finances ».

2 – La contrainte budgétaire

La comptabilité générale des EPS est soumise à un impératif budgétaire : toutes les charges, y compris celles ne donnant pas lieu à décaissement (les dotations aux amortissements et aux provisions), doivent être prévues au budget et, en fin d'exercice, les charges comptabilisées ne peuvent dépasser le montant des crédits alloués. La comptabilité générale est, de ce fait, contrainte par les moyens budgétaires de l'établissement.

La règle du budget voté et exécuté en équilibre[95] a été quelque peu assouplie en 2006 avec la mise en place de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD), comprenant des crédits évaluatifs se substituant au budget limitatif[96]. La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) en attend une plus grande fiabilité des comptes des EPS : « l'apport de l'EPRD, eu égard au principe de sincérité des comptes, est de ne plus permettre au gestionnaire de se retrancher derrière la contrainte technique que constituaient les crédits autorisés pour ne pas afficher dans ses comptes la réalité des charges imputables à l'exercice budgétaire».

La Cour relève d'ailleurs qu'en 2006 le passage du budget limitatif à un état prévisionnel comportant des crédits évaluatifs a conduit à faire apparaître des déficits budgétaires prévisionnels dans de nombreux EPS, cette proportion atteignant 61 % dans la catégorie des CHU (selon les données de la DHOS).

Malgré ce progrès, la contrainte budgétaire demeure en raison des limites étroites posées par les textes réglementaires : les crédits de personnel permanent, qui représentent 70 % des charges d'exploitation des hôpitaux, conservent un caractère limitatif. Un déficit prévisionnel est certes autorisé mais sous certaines conditions[97]. Par ailleurs, à défaut d'adoption d'un plan de redressement adapté à la situation et si le déficit dépasse le seuil de 3,5 % des produits (2,5 % pour les CHU et les centres hospitaliers les plus importants), le directeur de l'ARH peut saisir la

95. L'obligation de voter le budget en équilibre réel était posée par l'article R 714-3-8 du code de la santé publique.

96. Article R. 6145-11 du code de la santé publique (codifiant le décret n° 2005-1274 du 30 novembre 2005).

97. Le déficit prévisionnel est autorisé « si le prélèvement sur le fonds de roulement qui résulte du tableau de financement prévisionnel est compatible avec la situation financière et patrimoniale de l'établissement et avec le plan global de financement pluriannuel annexé à l'état des prévisions de recettes et de dépenses » (article R 6145-10 du code de la santé publique).

chambre régionale des comptes et le cas échéant mettre l'établissement sous tutelle budgétaire[98].

Il reste en définitive, dans un contexte de tensions budgétaires durables liées aux contraintes de financement de l'assurance maladie, que la recherche de l'équilibre budgétaire par les gestionnaires risque de reléguer au second plan la préoccupation de sincérité et d'image fidèle des comptes. Il n'est ainsi pas rare, que, faute de crédits, les risques ne soient pas provisionnés ou qu'une partie des charges de l'exercice soit reportée sur l'exercice suivant. Une présentation des comptes en équilibre ne peut être alors obtenue qu'aux dépens de la fiabilité des comptes. Comme la Cour l'a souligné dans son rapport public annuel de 2004 à propos des comptes des collectivités territoriales, également tenues à l'équilibre budgétaire, « la contrainte budgétaire [ne devrait pas aller] à l'encontre de la présentation de comptes retraçant entièrement la situation financière des organismes en cause ».

C – Les limites des dispositifs visant à une plus grande fiabilité des comptes

La fiabilité des comptes dépend d'une chaîne financière d'opérations et nécessite une bonne coopération entre l'ordonnateur (le directeur d'hôpital), chargé de l'exécution du budget, et le comptable public (relevant de la DGCP), chargé de vérifier la régularité des opérations et de tenir la comptabilité patrimoniale. L'ordonnateur doit en particulier garantir l'exhaustivité et la réalité des charges à payer, des produits à recevoir et des charges et produits constatés d'avance.

Sur ce point, la Cour réitère pour les hôpitaux les observations qu'elle a formulées à propos des charges à payer de l'Etat : «le système des droits constatés exige que soient connues du comptable toutes les charges pour lesquelles le service fait a été constaté mais dont les factures ne sont pas parvenues au service gestionnaire avant la clôture ou bien lui sont parvenues mais n'ont pas été payées avant ce même terme. Ces opérations constituent des charges à payer qui devront être enregistrées comme telles en dettes non financières de l'établissement. ». Pour cette raison, « l'amélioration de la qualité comptable dépend aussi de l'ordonnateur et de ses délégués. L'exacte évaluation des charges est conditionnée en effet par la qualité des informations et des pièces justificatives en provenance des ordonnateurs »[99].

98. Décrets n° 2007-46 et 2007-47 du 10 janvier 2007.
99. Voir le rapport sur les comptes de l'Etat exercice 2005, mai 2006, p. 97.

Plusieurs mesures récentes visant à développer la coopération entre ordonnateurs et comptables sont susceptibles d'améliorer la fiabilité des comptes. Diverses limites en réduisent toutefois la portée :

- le projet HELIOS, piloté par la DGCP, vise à une intégration des systèmes d'information budgétaires et comptables des ordonnateurs et des comptables des organismes du secteur public local [100] avec notamment des contrôles comptables automatisés au moment de la passation des écritures. Cependant son déploiement tarde et sa généralisation dans les postes comptables a été reportée à la fin de 2008 ; en outre, l'aménagement des systèmes d'information des ordonnateurs hospitaliers, requis pour l'intégration des interfaces, ne semble pas acquis ;
- les conventions de service comptable et financier visent à mettre en place un partenariat entre ordonnateur et comptable. Elles demeurent toutefois peu nombreuses (fin 2006, seules dix conventions ont été conclues). Les points sensibles pour la sincérité des comptes (comme le rattachement des charges à l'exercice ou les provisions) n'étaient en outre que rarement abordés ;
- le principe d'un compte financier unique renforcera la coopération entre les différents acteurs. Jusqu'en 2006, deux séries d'états financiers distincts étaient établies pour un même établissement : le compte dit administratif de l'ordonnateur, présenté au conseil d'administration, retraçait l'exécution budgétaire ; le compte dit de gestion , du comptable public, retraçait la comptabilité patrimoniale. L'arrêté interministériel du 19 octobre 2006 relatif au compte financier des EPS [101] pose le principe d'un compte financier unique, se substituant aux deux comptes précités. A compter de l'exercice 2006, ce compte doit comprendre d'une part les états financiers de la comptabilité générale (bilan et compte de résultat) et d'autre part l'état budgétaire retraçant les crédits ouverts et les dépenses effectuées, mettant ainsi un terme à la confusion actuelle. La logique du compte financier unique n'est toutefois pas menée à son terme : il ne sera pas signé conjointement comme dans la plupart des établissements publics et la responsabilité de l'élaboration des différents états constituant le compte financier reste éclatée entre le comptable et l'ordonnateur.

100. Les EPS relèvent du secteur public local puisqu'ils sont, à quelques rares exceptions près, des établissements publics locaux.

101. Arrêté publié au journal officiel du 29 novembre 2006.

II - L'occultation des déficits et des excédents

A – Des déficits masqués par diverses pratiques

Confrontés à des difficultés budgétaires et à l'obligation réglementaire de présenter des comptes équilibrés, les gestionnaires hospitaliers ont recours à divers procédés leur permettant d'occulter les déficits, en minorant les charges ou en augmentant les produits.

1 – Les charges reportées sur l'exercice suivant

Le plan comptable des hôpitaux permet une pratique abusive du compte « autres charges sur exercices antérieurs » (compte 6728), communément appelé compte de reports de charges. Il retrace en effet les charges qui auraient dû être rattachées à l'exercice précédent (car correspondant à un service fait au cours de cet exercice) mais qui ne l'ont pas été faute d'un montant suffisant de crédits.

Un indicateur élaboré par la DGCP, le taux de charges sur exercices antérieurs rapportant les charges reportées (comptabilisées au compte 6728) à l'ensemble des charges courantes de fonctionnement, permet une première mesure de ces reports. Un taux supérieur à 0,2 % est considéré par la DGCP comme le signe de tensions budgétaires[102]. Or, ce seuil a été dépassé, en 2005, dans 635 établissements, soit 57 % des hôpitaux. Le taux de charges moyen national atteint 1,28 % en 2005, soit six fois le seuil d'alerte de 0,2 %.

Au total, le montant des reports de charges de 2004 sur 2005 a atteint 685 M€ en 2005, en progression de 43 % par rapport à l'année précédente.

Exemples de reports de charges (compte 6728)

L'examen des comptes du CHU de Dijon (Côte-d'Or) par la chambre régionale des comptes de Bourgogne a fait apparaître des reports de charges progressant rapidement de 3,9 M€ en 2000 à 12,9 M€ en 2005. Encore a-t-il été noté que, sans une aide exceptionnelle de 7 M€ versée au CHU en 2005, les reports de charges auraient alors été de près de 20 M€.

102. Comme précisé par la DGCP, ce seuil de 0,2 % est empirique et correspond à une tolérance. Il est considéré qu'un taux inférieur à 0,2 % est admissible dans la mesure où il « correspond à des éléments impondérables, telles que des factures relatives à des achats ou des prestations parvenues aux services chargés du paiement après la clôture des comptes administratif et de gestion ».

Le CHU de Caen (Calvados) a vu passer entre 2000 et 2005 son ratio de taux de charges de 0,2 % à 1,8 %, évolution qui illustre l'accroissement des tensions budgétaires de l'établissement. La chambre régionale des comptes de Basse-Normandie a ainsi relevé que, en 2005, le CHU de Caen avait rattaché 5,5 M€ à l'exercice précédent (compte 6721) et imputé 7 M€ au compte 6728 autres charges sur exercices antérieurs correspondant à des charges non rattachées faute de crédits budgétaires.

De petites structures peuvent également générer des reports de charges substantiels. Tel est le cas relevé par la chambre régionale des comptes de Picardie avec le CH d'Hirson (Aisne) : cet établissement de 221 lits et places a enregistré un montant de reports de charges de 2005 sur 2006 de plus de 2,6 M€, représentant 19 % des dépenses d'exploitation du budget principal, alors même que l'hôpital avait bénéficié de crédits non reconductibles pour résorber des tensions budgétaires (0,3 M€ en 2003 et 0,5 M€ en 2004). En l'absence d'un plan réaliste de retour à l'équilibre, ces crédits ponctuels ont prolongé artificiellement une situation compromise. Au CH de Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire), le taux est passé de 0,77 % en 2001 à 5,6 % en 2004. Le CH de Martigues (Bouches-du-Rhône) a un taux s'élevant à 3,8 % en 2003. Au CH de Creil (Oise), les charges reportées de 2004 sur 2005 s'élevaient à 2,95 M€, soit un taux de 3,5 %.

Tous les reports de charges ne sont pas enregistrés au compte 6728 : ils sont alors qualifiés de « sauvages », et il faut, pour les détecter, effectuer un examen sur pièces ; le contrôle d'un échantillon de dépenses d'une année donnée permettant d'identifier celles correspondant à un service fait au cours de l'année précédente.

Par exemple, au CHU de Toulouse (Haute-Garonne), la vérification par sondage effectuée par la chambre régionale des comptes de Midi-Pyrénées sur une quarantaine de mandats de dépenses émis en début d'exercice 2003 a révélé que 53% des factures comportaient une date de service fait antérieur au 31 décembre 2002.

Par ailleurs, de nombreux établissements ne s'acquittent pas en temps voulu de la taxe sur les salaires due à l'Etat, reportant la charge fiscale sur les exercices suivants. Selon des données de la DGCP, on peut estimer que 26 % des hôpitaux pratiquent ce report[103] qui, en valeur absolue, de 2005 à 2006, a été de l'ordre de 86 M€, réduisant à due

103. Lorsque le ratio rapportant le montant de la taxe payée à l'ensemble des charges de rémunération est inférieur à 9 %, la DGCP et la DHOS considèrent qu'il peut y avoir report de charges occulte. Sur les 1 118 EPS et si l'on exclut les 373 hôpitaux locaux pour lesquels un taux de taxe sur les salaires inférieur à 9 % peut ne pas être anormal, 198 établissements (soit 26 % des EPS hors hôpitaux locaux) pratiquaient un report de charges fiscales.

concurrence les charges de l'exercice 2005[104].

Au CH de Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire), en janvier 2006, l'établisse-ment n'avait plus acquitté la taxe sur les salaires depuis mai 2004 et devait à ce titre plus de 6,1 M€.

Aux côtés des reports de charges, d'autres pratiques de non rattachement des charges à l'exercice ont été mises en lumière par les chambres régionales des comptes dans le domaine des charges à payer. Ainsi, dans 20 % environ des établissements contrôlés, il a été constaté que le compte de charges à payer n'était pas du tout utilisé, les charges de l'exercice étant indûment minorées. Au niveau national, la DGCP a dénombré en 2005 78 EPS (soit 7 % des établissements) qui n'utilisaient ni le compte charges à payer, ni le compte produits à recevoir, contre 82 établissements en 2004 et 87 en 2003.

Le volume et la fréquence des reports de charges conduisent à remettre en cause la sincérité des résultats comptables présentés par les hôpitaux.

2 – Des charges sous estimées par le jeu des créances irrécouvrables

L'existence d'un compte d'actif enregistrant les créances irrécouvrables admises en non valeur constitue une autre singularité du plan comptable des EPS et affecte la sincérité des comptes[105]. Bien que ces créances aient été admises en non valeur par le conseil d'administration, leur apurement par la constatation d'une perte correspondante n'est pas automatique : elle nécessite que des crédits suffisants aient été ouverts pour financer la charge. A défaut, les créances sans valeur restent au bilan. Le résultat est alors faussé à due concurrence.

104. Ce report de 86 M€ représente 4 % de la charge fiscale (pour les EPS de métropole, le montant mandaté de la taxe sur les salaires enregistré en 2005 est en effet de 2 279 M€ selon les données de la DGCP).

105. La procédure d'apurement des créances irrécouvrables comporte en effet deux étapes : dans un premier temps, après délibération du conseil d'administration (depuis 2006 après décision du directeur) autorisant l'admission des créances irrécouvrables en non valeur, le compte du tiers redevable est soldé mais la créance demeure à l'actif du bilan, enregistrée au compte 416-2 créances irrécouvrables admises en non valeur, (depuis 2006 le compte 415-2) ; dans un second temps, la créance admise en non valeur est soldée par la constatation de la perte correspondante en charges du compte de résultat (au compte 654 pertes sur créances irrécouvrables).

Ce biais a été relevé par les chambres régionales des comptes dans de nombreux cas comme en attestent les quelques exemples ci-après.

Exemples d'absence de provisions pour créances douteuses

Le CH Sud Francilien (Essonne) ne constitue aucune provision pour dépréciation des comptes de redevables et le montant des créances admises en non valeur en attente au compte 416-2 atteignait 10,6 M€ au 31 décembre 2002. Le recours à un emprunt de trésorerie sur cinq ans en 2003 a apuré cette situation mais dès 2004, le compte 416-2 présente à nouveau un solde de 1,12 M€ sans que l'établissement ait pu constituer une provision pour y faire face.

Au CHR d'Orléans (Loiret), aucune provision n'avait été constituée en 2003 alors qu'une somme de plus de 4 M€ de créances admises en non valeur figure à l'actif du bilan au 31 décembre 2003. Au CH de Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne), aucune provision n'est constituée. Le CH de Langon (Gironde) n'a pas constitué de provisions pour dépréciation de comptes de tiers entre 2000 et 2003 alors que le taux de créances irrécouvrables mandatées admises en non-valeur exprimé en pourcentage moyen du total des créances de l'année oscillait entre 1% et 2,4 %.

Le CH de Martigues (Bouches-du-Rhône) a expliqué l'absence de provisions par la priorité donnée à la suppression des reports de charges, cette suppression ayant mobilisé tous les crédits disponibles. Au CH d'Etampes (Essonne), aucune provision n'est enregistrée, en raison, selon l'ordonnateur, de la situation déficitaire de l'établissement ; le solde à fin 2004 du compte 416 atteint 1,3 M€.

Au CH de Cannes (Alpes-Maritimes), aucun des comptes de provision pour dépréciation d'actif n'a été mouvementé au cours des exercices 2000 à 2003, faute selon l'établissement de moyens budgétaires suffisants. En l'absence de provisions, les créances admises en non valeur sont en hausse sensible. Ainsi, en 2003, sur les 0,9 M€ de créances admises en non valeur, seuls 0,12 M€ ont été apurées par constatation comptable de la perte. Au CH d'Arles, les créances admises en non valeur entre 2001 et 2005, d'un montant de 1,1 M€ (soit 1,5 % des recettes de fonctionnement de 2004) restent de même à l'actif du bilan faute de crédits suffisants pour les apurer.

Pour l'ensemble des hôpitaux, le montant des créances admises en non valeur mais restant à l'actif du bilan s'élève à 205 M€ au 31 décembre 2005[106]. La Cour remarque que si ce montant était apuré par la constatation de la perte correspondante, le résultat comptable des EPS en 2005 passerait d'un excédent de 185 M€ à une perte de 20 M€ (sans préjudice des autres corrections qui seraient à opérer, en plus et en moins, pour obtenir un résultat sincère).

106. Source : DGCP.

La Cour souligne que le fait qu'un compte puisse accumuler, de surcroît sans limite de plafond ni de durée, des créances admises en non valeur, autrement dit des pertes, n'est pas acceptable au regard du principe de sincérité des comptes et d'image fidèle de la situation financière des hôpitaux. Ce compte devrait être systématiquement soldé par la constatation de la perte correspondante.

3 – Les produits à recevoir surestimés

En fin d'exercice, les gestionnaires hospitaliers peuvent surestimer les produits à recevoir, ce qui conduit à majorer indûment les produits de l'année. Depuis la mise en œuvre en 2005 de la tarification à l'activité, le compte de bilan concerné [107] enregistre les produits de l'activité hospitalière du dernier trimestre de l'année à la charge de l'assurance maladie mais non encore encaissés. Ceci explique la hausse brutale des produits à recevoir, passant de 168 M€ en 2004 à 1 595 M€ en 2005. La maîtrise du risque accru de surestimation des recettes requiert la mise en place du contrôle interne évoqué plus haut associant les services de l'ordonnateur, en charge de la facturation, et le comptable public, afin que la comptabilisation des produits soit correctement justifiée.

De manière incidente, la Cour a relevé que le montant de 1,59 Md€ inscrit à l'actif des EPS au 31 décembre 2005 était sensiblement inférieur à celui inscrit au passif de la CNAMTS au titre des règlements à verser aux hôpitaux (2,4 Md€). Un tel écart s'explique au moins en partie par une différence de périmètres (dans les comptes de la CNAMTS le montant provisionné englobe les établissements privés participant au service public hospitalier). Mais aucune instance n'a opéré le rapprochement des deux montants ni expliqué les discordances.

4 – Les dotations aux provisions et amortissements sous évaluées ou inexistantes

En cas de difficultés budgétaires, les établissements peuvent rechercher comme marge de manoeuvre la réduction, voire la suppression, des dotations aux amortissements et aux provisions. Cette pratique, très répandue, consistant à utiliser les dotations comme variable d'ajustement, met à mal aussi bien le principe comptable de sincérité que celui de prudence : les charges d'amortissement ou de provisions ne sont pas constatées et les risques de passifs et de dépréciation d'actifs ne sont pas couverts.

107. Compte 418.

Exemples d'insuffisance de provisions

Au CH de Martigues (Bouches-du-Rhône), aucune provision pour risques n'a été passée au compte 151 au cours de la période 2000 à 2004. Selon l'ordonnateur, l'établissement n'ayant pas *« les moyens de financer l'ensemble des charges de l'établissement »* la priorité absolue avait été donnée à l'apurement des reports de charges. (cf. supra).

Au CH de Brignoles (Var), aucune provision n'a été constituée, aux comptes 1518 et 158, pour des raisons budgétaires selon les explications fournies par le directeur. Au CH de Villeneuve-sur-Lot, (Lot-et-Garonne), aucune provision n'est constituée au compte 157 depuis 2001, alors que la vétusté du patrimoine nécessite visiblement de grosses réparations à répartir sur plusieurs exercices.

D'une manière fréquente, le montant des provisions figurant au bilan des EPS fluctue davantage au gré des dotations budgétaires que d'une analyse du risque de charges futures[108].

S'agissant des provisions liées aux comptes épargne temps du personnel hospitalier, les montants provisionnés au compte 1581 s'élevaient à 500 M€ au 31 décembre 2005. Selon un récent rapport[109], il manquerait entre 300 M€ et 370 M€ compte tenu des provisions en cours et des droits acquis.

Les provisions passées pour créances douteuses paraissent aussi notoirement sous-évaluées, ne couvrant que 10 % environ des montants dont le recouvrement est compromis[110].

A cet égard, la Cour note que la version 2006 de l'instruction M21 a retenu l'obligation d'un provisionnement des créances faisant l'objet d'un contentieux. Toutefois un volume non négligeable des admissions en non valeur effectuées par les EPS résulte de très nombreux titres de faible montant pour lesquels, en raison du coût et des moyens à mobiliser, aucune procédure contentieuse voire précontentieuse n'est entreprise. Pour éviter cette situation, les hôpitaux devraient s'organiser pour

108. Ainsi, à l'AP-HP, le montant des provisions enregistrées au compte 15 a été multiplié par 2,5 entre 2000 et 2004 atteignant 254 M€ en fin de période. L'essentiel de la progression a été réalisé au cours des exercices 2003 et 2004, suite à un desserrement relatif de la contrainte budgétaire au cours de ces années là.

109. Rapport sur le compte épargne temps à l'hôpital, juillet 2007.

110. Si l'on rapporte le montant des provisions pour créances douteuses (c/49) -154 M€ en 2004- au montant des créances dont le recouvrement est très compromis (montant des créances admises en non valeur non encore apurées et montant des titres émis depuis plus d'une année) -1 545 M€-, on voit que le taux de couverture du risque créances est faible, de l'ordre de 10 % en 2004.

encaisser les factures auprès de leurs patients avant leur sortie. Ce constat devrait par ailleurs conduire à définir des normes et à fixer des pourcentages de provisionnement des créances en fonction de leur ancienneté.

B – Des excédents occultés par divers artifices

1 – La constitution de réserves

Certains établissements passent des provisions non pas pour couvrir un risque mais pour se constituer une réserve, notamment en prévision d'investissements, et occulter une situation excédentaire. Le caractère de réserve s'explique en particulier par l'absence de reprises de provisions durant une période qui peut s'étendre sur plusieurs années et par les difficultés qu'ont les établissements à justifier de ces provisions (puisque celles-ci sont sans objet). D'ailleurs en règle générale, les provisions sont peu ou pas justifiées au comptable : elles sont dans la plupart des cas constituées au vu de certificats administratifs de l'ordonnateur, mais sans élément liquidatif ni d'objet nettement précisé.

Au cours des dernières années, différentes réformes ont conduit les établissements à mettre en réserve, au compte 158 autres provisions pour charges, des crédits fléchés, pour des actions diverses (comptes épargne temps, projet d'établissement, lutte contre le cancer, etc.) non exécutées sur un seul exercice. De la même manière et sur le même compte, les subventions versées aux EPS pour couvrir les surcoûts d'exploitation générés par les investissements du plan Hôpital 2007 ont été inscrites en provisions pour charges d'amortissements et de frais financiers. Cette comptabilisation, autorisée par circulaire[111], ne répondait pas à l'objet d'une provision puisque, par hypothèse, dans les programmes d'investissement hospitaliers, l'échéance et le montant sont fixés de façon précise.

Au CHU de Toulouse (Haute-Garonne), sur un total de 79,7 M€ de provisions enregistrées au compte 15 au 31 décembre 2004, 37,5 M€ étaient des fonds versés dans le cadre de Hôpital 2007 et mis en réserve.

La version de 2006 de l'instruction M21 introduit davantage de transparence en distinguant les dotations assimilées à des réserves à

111. Circulaire du 19 novembre 2003 reprise et commentée dans une instruction du 18 décembre 2003.

imputer au compte 14 de « provisions réglementées »[112], et les dotations couvrant un risque au compte 15. Comme l'a souligné la DGCP, cela « permet d'améliorer l'information sur les provisions en séparant les provisions ayant pour vocation de constituer des réserves budgétaires (les plus importantes en masse), dérogatoires au PCG mais prévues par la réglementation, des véritables provisions pour risques et charges au sens du PCG ».

Selon les données de la DGCP, le montant des comptes de provisions reporté en balance d'entrée 2006 sur le compte 14 est de 1 639 M€[113]. En d'autres termes, ce montant figurant au passif des EPS au 31 décembre 2005 constituait des réserves budgétaires et non des provisions pour risques et charges.

2 – L'imputation de charges à payer fictives

Les CRC ont relevé des rattachements de charges à payer en partie fictives, ce qui minore artificiellement le résultat. Les montants rattachés à tort sont dus, pour une part importante, à une mauvaise appréciation des restes à mandater sur les engagements. Cette part a été estimée à 35 % dans une étude des services ordonnateurs de l'AP-HP portant sur l'exercice 2004.

3 – La sous estimation des produits à recevoir

L'absence de comptabilisation des produits à recevoir, minorant le résultat de l'exercice, était extrêmement répandue avant 2005. En vertu des textes alors en vigueur, le surplus des produits dits de « groupe 2 » (participation des assurés aux dépenses de soin) par rapport aux prévisions budgétaires était déduit, l'année suivante, de la dotation globale versée à l'hôpital. Ce mécanisme de réfaction budgétaire, incitant à sous estimer les produits à recevoir, a disparu en 2005.

112. Les provisions réglementées sont, selon la définition donnée par l'instruction M21, « des provisions qui ne correspondent pas à l'objet normal d'une provision ». Elles sont comptabilisées en application de dispositions législatives ou réglementaires. Elles peuvent, par dérogation aux règles du plan comptable général, avoir le caractère de « réserves ».

113. Données communiquées par la DGCP en novembre 2006.

4 – La comptabilisation de recettes en comptes d'imputation provisoire

La nomenclature comptable des hôpitaux comporte des comptes d'attente (comptes 47) enregistrant des dépenses et recettes à classer pour « les opérations qui ne peuvent pas être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé au moment où elles doivent être enregistrées ou qui exigent une information complémentaire ou des formalités particulières »[114].

Leur régularisation rapide est importante au regard de la fiabilité des comptes. En effet, faute d'une imputation définitive des opérations, l'exhaustivité des enregistrements de charges et de produits de l'exercice est altérée. C'est la raison pour laquelle l'instruction M21 encadre strictement l'utilisation de ces comptes (« ce procédé de comptabilisation ne doit être utilisé qu'à titre exceptionnel ») et souligne la nécessité d'un apurement rapide du compte : « il y a lieu d'imputer au compte définitif toute opération portée au compte 47 dans les délais les plus brefs et, en tout état de cause, avant la fin de la journée complémentaire de manière à éviter l'apparition du compte 47 au bilan ».

Or des lacunes importantes en matière d'apurement des comptes d'attente ont été constatées par les CRC, en particulier sur les recettes à classer, ce qui conduit à sous-évaluer les produits de l'exercice. Cette pratique a été relevée dans un grand nombre d'établissements. Au total, selon les données de la DGCP, les recettes à classer enregistrées à l'actif du bilan de 2005 atteignent 834 M€, minorant d'autant les produits de l'exercice.

5 – Les charges indues imputées sur les budgets principaux des hôpitaux

Le budget principal de l'hôpital (budget « H ») retrace l'activité de soins, financée à plus de 90 % par l'assurance maladie et, pour le solde, par les patients et les organismes complémentaires (ticket modérateur et forfait hospitalier). Les budgets annexes retracent les autres activités des EPS, la plupart à caractère médico-social, financées par l'assurance maladie, les collectivités territoriales et les personnes hébergées. En dépit des règles interdisant les transferts de charges entre budget hospitalier et

114. Instruction M21.

budgets annexes[115], il n'est pas exceptionnel que des dépenses indues soient imputées à l'activité hospitalière, minorant d'autant les résultats du budget principal.

Les budgets annexes des unités de soins de longue durée et des maisons de retraite relèvent des dispositifs d'aide sociale pour les activités d'hébergement et de solidarité nationale (financés pour l'essentiel par les départements et bénéficiant d'une dotation de l'Etat), pour la prise en charge de la dépendance. Le montant de la charge indue peut être estimé, en 2006, à 670 M€[116].

Ainsi, le CH de Châlons-en-Champagne (Marne) a subventionné en 2004 les budgets annexes de la maison de retraite et de l'unité de soins de longue durée à hauteur respectivement de 6,3 % et 5 % des recettes de ces budgets permettant de les présenter en équilibre. Selon l'établissement, ces écritures sont destinées à isoler les charges indûment supportées par le budget général H. Quoi qu'il en soit, la chambre régionale des comptes a noté que, au 31 décembre 2004, ces transferts de charges des budgets annexes vers le budget H (et donc vers l'assurance maladie), permettent de les équilibrer. Le montant de ces subventions était sensiblement, équivalent au solde déficitaire du budget H à la même date (0,54 M€).

C – Des résultats comptables dépourvus de sens

Les pratiques relevées par les chambres régionales des comptes sont diverses mais aboutissent toutes à fausser le résultat et le bilan des EPS. Les procédés les plus fréquemment utilisés contribuent à occulter un déficit (charges non rattachées, reports de charges, dotations de

115. L'article R. 6145-12 du code de la santé publique dresse la liste des comptes de résultat prévisionnels annexes et précise qu'aucun d'entre eux ne peut recevoir de subvention d'équilibre de la part du compte de résultat principal.

116. La Cour, dans son rapport public particulier de novembre 2005 relatif aux personnes âgées dépendantes, avait déjà eu l'occasion de relever le problème des charges indûment imputées aux budgets principaux des EPS. En dépit de l'opération dite de sincérité des comptes, lancée en 2001 par le gouvernement pour mettre fin aux transferts de charges, la Cour notait que « le subventionnement de fait par le budget principal de l'hôpital demeurait fréquent et globalement élevé ». Le constat reste valide à la fin 2006. En effet, selon la DHOS, « fin 2007, les transferts au titre de la sincérité des comptes seront d'environ 120 M€ ou 130 M€ au total ». Ce montant est très inférieur au montant des charges indues chiffrées à 800 M€ en 1999. La DHOS met en avant le caractère de l'opération « techniquement complexe et délicate politiquement (puisque elle suppose une hausse du tarif hébergement acquitté par les quelque 200 000 usagers des EHPAD gérés en budgets annexes des établissements de santé) ».

provisions non constituées, admissions en non valeur non passées en pertes au compte de résultat). Les minorations de recettes (non rattachement des produits, recettes non régularisées, surestimation des provisions) ou les majorations de charges sont plus rares sans être exceptionnelles.

Dans de très nombreux établissements, des retraitements seraient nécessaires afin d'obtenir des résultats plus sincères, en particulier par la réintégration dans les charges des créances du compte 416 ou des reports de charge.

Les chambres régionales des comptes, en recalculant parfois le montant réel du résultat, procèdent à des corrections qui peuvent souvent conduire à transformer des excédents en déficits.

Exemples de résultats recalculés

La chambre régionale des comptes de Basse-Normandie a recalculé les résultats comptable et administratif du CHU de Caen (Calvados) pour les exercices 2000 à 2005 : hormis pour 2005 pour lequel l'écart entre le résultat retraité et le résultat affiché est inférieur à 1,5 M€, l'écart oscille entre 6 M€ et 8,7 M€ selon les exercices, modifiant significativement le résultat de la section d'exploitation et en inversant le sens trois fois sur six. Après correction, les résultats comptables de tous les exercices sont déficitaires, alors qu'un (petit) excédent était affiché en 2002, 2004 et 2005.

Il en est de même pour le CH de la Côte Basque (Pyrénées-Atlantiques) où la prise en compte par la chambre régionale des comptes des reports de charges et des admissions en non valeur de 1999 à 2003, conduit à des résultats retraités déficitaires (entre – 0,3M€ et -2,3 M€ selon les exercices) alors que les comptes présentés sont excédentaires (entre +0,01 M€ et +0,2 M€ selon les exercices). Au CH de Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne), la prise en compte des reports de charges a fait ressortir que les résultats affichés ont été surestimés en moyenne de 17 % entre 2000 et 2003.

Dans de nombreux cas, la multiplicité des irrégularités, en tous sens, rend excessivement complexe la détermination des résultats comptables réels, sans compter que les lacunes en matière de provisions ne peuvent aisément être rectifiées faute d'information disponible.

III - La méconnaissance des actifs et des passifs

A – La connaissance imparfaite des actifs immobilisés

L'instruction M21 prévoit la tenue d'un état de l'actif par le comptable public, donnant le détail des immobilisations inscrites au bilan,

et la tenue par l'ordonnateur d'un inventaire physique annuel détaillé des immobilisations. L'inventaire comptable des biens acquis retracés en compte de classe 2 doit pouvoir être justifié au moins annuellement par l'inventaire physique.

Ces dispositions ne sont guère respectées. Les ordonnateurs n'établissent pas l'inventaire qu'ils sont censés dresser tandis que le comptable public ne tient pas toujours l'état de l'actif. Ces lacunes ne permettent pas d'appréhender la réalité du patrimoine des EPS[117]. Alors que le plan hôpital 2007 prévoit 10 Md€ pour les investissements des EPS entre 2004 et 2007, il est devenu impératif de fiabiliser la comptabilisation des actifs hospitaliers.

S'agissant de la valeur des biens comptabilisés à l'actif, l'instruction M21 adopte le principe du coût historique pour enregistrer les immobilisations. Il en résulte que les actifs hospitaliers figurent au bilan à leur coût d'acquisition amorti. Ultérieurement, aucune réévaluation n'est constatée. Cette comptabilisation des actifs au coût historique est conforme au plan comptable général auquel doit se conformer la comptabilité des EPS sauf aménagement justifié.

La plupart des immeubles de l'Etat sont désormais comptabilisés à leur valeur de marché[118]. Une réflexion pourrait dès lors être engagée pour rapprocher sur ce point les normes comptables hospitalières des normes de l'Etat.

B – Les imprécisions et incertitudes sur les dettes et les créances

1 – Les créances des EPS à l'égard de la sécurité sociale (créances dites de l'article 58)

Les hôpitaux ont constitué en 1983, lors du passage d'une tarification au prix de journée à un financement par dotation globale, une créance sur la sécurité sociale, dite de l'article 58, qui n'est toujours pas

117. A cet égard, le constat dressé par la Cour dans son rapport public annuel de 2004 sur les lacunes des comptes des collectivités locales en la matière pourrait être repris ici pour une large part.

118. Voir certification des comptes de l'Etat, exercice 2006, mai 2007, p. 40.

soldée en 2006[119]. Cette créance qui a fait l'objet d'une instruction comptable en 1996 a été dès l'origine constatée aux bilans des EPS mais seulement en 2006 au bilan de la CNAMTS (laquelle s'est appuyée, au moins en partie, sur les données provenant des comptes de gestion des hôpitaux publics[120]). En d'autres termes, les montants des créances ont dû quelquefois être reconstitués après le fait générateur et les CRC ont constaté que la créance n'était parfois pas correctement identifiée parmi les autres créances sur la sécurité sociale.

La Cour relève la quasi similitude des chiffres entre le montant inscrit au passif du bilan de la CNAMTS (2,99 Md€) et le montant comptabilisé à l'actif du bilan des EPS (2,90 Md€) alors que les périmètres diffèrent (une partie des dettes recensées au bilan combiné du régime général concerne les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) et que par ailleurs, une partie de ces créances est due par d'autres régimes de sécurité sociale).

La Cour rappelle qu'il importe de définir le mode d'apurement des dettes de la sécurité sociale qui n'ont pas vocation à rester à l'actif des bilans des EPS et symétriquement au passif des bilans des caisses primaires d'assurance maladie.

2 – La comptabilisation des avances de trésorerie consenties aux EPS en 2005

Les EPS n'étant pas prêts à facturer en T2A dès janvier 2005, la nouvelle tarification ne s'est appliquée que le 1er juin 2005, mais avec effet rétroactif au 1er janvier. Dans ce contexte, les financements alloués aux hôpitaux de janvier à mai 2005 ont pris la forme d'acomptes versés par les caisses primaires d'assurance maladie. Puis, en juin, les ARH ont procédé à un calcul rétroactif lié à une application de la réforme au 1er janvier 2005. La différence entre les acomptes perçus entre janvier et mai et les montants calculés rétrospectivement en juin a fait apparaître un solde positif, correspondant à une avance versée aux hôpitaux. Selon les données de la DGCP, le montant de cette avance s'élevait à 2,46 Md€ au 31 décembre 2005.

119. Ainsi que l'a rappelé la Cour dans son rapport sur la préparation à la certification des comptes de la sécurité sociale de septembre 2006, il résulte en effet de l'article R. 714-9 du CSS (qui codifie l'article 58 du décret du 11 août 1983) que la dette au titre des facturations de la période précédente est couverte par les versements au titre du règlement de la dotation globale par douzièmes mensuels, ce qui crée un décalage constant depuis lors.

120. Voir le rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale 2006, p. 59.

Le montant de l'avance inscrite en créance au bilan de la CNAMTS s'établissait à 3,29 Md€ au 31 décembre 2005. L'écart entre les données du bilan des EPS (2,46 Md€) et celles du bilan de la CNAMTS est dû pour partie au fait que le montant de la CNAMTS comprend, outre les EPS, les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH).

La Cour rappelle par ailleurs le constat formulé dans son rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale publié en juin 2007, à savoir qu'une incertitude demeure sur les échéances et les modalités de recouvrement de cette avance et qu'il importe, au regard de la sincérité des comptes de la sécurité sociale, que l'annexe aux comptes de la CNAMTS fournisse des indications sur l'apurement de ces avances.

*

* *

Dans le RALFSS de 1998, la Cour avait évoqué au sujet des EPS le recours « relativement fréquent » à des pratiques altérant la sincérité des comptes. Elle constate plusieurs années après la permanence des errements comptables ayant pour effet de fausser, parfois de manière significative, les comptes hospitaliers, les évolutions récentes n'apportant qu'une amélioration partielle. Des procédures de sanctions ont été engagées dans les cas les plus graves.

Le directeur de la DHOS a souhaité en avril 2006 *« que dans le prolongement du nouveau régime budgétaire et comptable, soit engagée une réflexion approfondie sur les perspectives de certification des comptes des établissements publics de santé »*. En réponse, le directeur de la DGCP, a souligné que la certification était *« une entreprise exigeante, ayant des conséquences sur les procédures internes des établissements et des effets budgétaires potentiels et qui nécessite une adhésion forte de la part des différents acteurs hospitaliers* ». La Cour considère également que la poursuite des améliorations demandées constitue un préalable à cette évolution.

IV - La lente mise en place de la comptabilité analytique

A – Les dispositifs prévus

Il existe trois dispositifs, chacun répondant à des objectifs distincts :

- par décret du 31 juillet 1992, les établissements sont tenus de mettre en place une comptabilité analytique afin d'établir les coûts des différentes activités hospitalières (médical, médico-technique et logistique). Un guide de la comptabilité analytique, publié par la DHOS en 1997 puis mis à jour régulièrement avec une dernière version en 2004, propose, sans imposer, diverses méthodes ;
- en application d'un décret du 29 décembre 1997, les EPS sont tenus de procéder chaque année à un retraitement du compte financier pour présenter une répartition analytique des charges entre les différents secteurs d'activités de l'établissement (MCO, HAD, SSR, psychiatrie, enseignement et recherche, etc.). Lors de la mise en place de la T2A en 2005, cette ventilation des charges a été utilisée par la DHOS pour déterminer les enveloppes allouées aux différentes activités hospitalières ;
- enfin, au niveau du ministère de la santé, l'exploitation du calcul des coûts de l'activité médicale de la centaine d'établissements faisant partie de l'étude nationale des coûts (ENC), instituée en 1992, sert de base à la détermination des tarifs nationaux utilisés dans le cadre de la T2A. Elle permet aussi de mettre à la disposition des établissements des éléments leur permettant de se comparer (notamment en établissant un tableau coût case mix-TCCM- cf. infra).

Ces différents dispositifs, prévus réglementairement pour certains d'entre eux depuis plus de dix ans, revêtent une importance cruciale pour la connaissance et la maîtrise des coûts hospitaliers, l'allocation des enveloppes budgétaires aux différents secteurs d'activités et la détermination des tarifs nationaux de la T2A. Or, force est de constater qu'ils ne sont mis en œuvre que très partiellement dans un très grand nombre d'établissements.

B – Les obstacles au déploiement des analyses de coût

L'objectif d'une comptabilité analytique est de permettre une mesure des écarts à partir de référentiels dans le cadre d'une démarche classique de contrôle de gestion. Mais, s'agissant de l'hôpital, il n'existe pas de référentiels nationaux valides, ce qui constitue un sérieux handicap au développement de la comptabilité analytique.

1- Le calcul des coûts de production des activités hospitalières, prévu par le décret précité du 31 juillet 1992 est effectué, pour une cinquantaine d'activités logistiques et médico-techniques, dans le cadre du groupe d'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière (GACAH), piloté par le CHU d'Angers sur la base des réponses à des questionnaires détaillés adressés aux EPS volontaires. La diffusion des

résultats et des fiches d'analyse d'écarts établies pour chacune des activités permet à un hôpital de se comparer à un échantillon d'établissements ayant une présentation comptable homogène en rapprochant à la fois son coût unitaire total ainsi que sa décomposition, ce qui permet de déterminer des causes d'écart et d'agir en conséquence.

S'il est incontestable que le référentiel des coûts d'activités déterminés dans le cadre du GACAH est celui, des trois dispositifs, qui est le plus largement utilisé, les chambres régionales des comptes n'en ont pas moins constaté, à l'occasion de leurs contrôles, que de nombreux EPS se sont à peine engagés dans cette voie, y compris des établissements tels que les CHU de Bordeaux (Gironde) et Caen (Calvados) ou les CH de Valenciennes (Nord) et de Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire). Le nombre des EPS participants au dispositif, certes en augmentation régulière, reste peu élevé (132 établissements ont participé à l'enquête de 2006 sachant qu'ils n'ont pas tous fourni les données pour toutes les activités). En tout état de cause, quelle que soit l'activité considérée, rien ne garantit que les données communiquées par les EPS correspondent à un échantillon représentatif.

2- Pour la ventilation des charges du compte financier par secteur d'activité, opérée par chaque hôpital puis centralisée par la DHOS, il n'existe aucun retour du ministère avec des moyennes permettant une analyse comparative entre établissements. En pratique, les établissements s'organisent pour disposer de référentiels leur permettant de se situer par rapport à des moyennes, mais il n'existe aucun référentiel validé en la matière.

3- Pour l'analyse des activités médicales, le référentiel national provient des données de l'étude nationale des coûts (ENC). Dans le RALFSS de septembre 2006, la Cour a noté que les conditions de la fiabilité des coûts analytiques (représentativité de l'échantillon, fiabilité du périmètre de charges incorporées, pertinence des méthodes et contrôles opérés) n'étaient pas remplies. Ainsi, la détermination des tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS) s'appuie sur des coûts présentant de sérieuses limites. La Cour a également souligné qu'un biais supplémentaire était introduit par une fixation des tarifs soumise à la logique budgétaire : afin de respecter l'objectif de l'ONDAM fixé par le Parlement, la masse budgétaire finançant les GHS n'est obtenue qu'après déduction des autres enveloppes finançant les hôpitaux, créant une déconnexion progressive entre coûts et tarifs, du fait de la méthode des préciputs successifs. En d'autres termes, les tarifs des GHS constituent une variable d'ajustement du dispositif de financement des hôpitaux, dans une logique d'ajustement prix/volumes. En conséquence, ils ne reflètent que partiellement le coût des groupes homogènes de malades (GHM).

La comparaison des coûts des GHM de l'hôpital avec ceux établis par l'échelle nationale des coûts peut être utilisée, même si des retraitements s'avèrent nécessaires compte tenu des éventuelles modifications intervenues dans le périmètre des GHM et du décalage de deux ans dans l'établissement des GHM de référence. Certes, chaque établissement peut, en principe, grâce au TCCM, rapprocher le coût de l'activité médicale MCO de l'établissement (pris globalement au niveau d'un service ou d'un pôle d'activité) du coût qui serait généré par le même éventail de cas traités affectés chacun du coût moyen des GHM établi par l'étude nationale des coûts. Ainsi utilisé, le TCCM constitue l'outil permettant à chaque EPS d'identifier s'il est en situation de surcoût, globalement ou selon l'activité comparée.

Mais les chambres régionales des comptes ont constaté que dans l'ensemble des établissements de l'échantillon, aucun EPS n'était à même, au moment du contrôle, de mettre en œuvre l'outil de contrôle de gestion et d'aide à la décision que constitue le TCCM. En fait, les obstacles auxquels se heurte le calcul du coût par séjour tiennent à la fois aux faiblesses de la comptabilité générale (et notamment à l'absence de prise en compte de reports de charges) et à l'état des systèmes d'information, qui ne permettent pas de rattacher à chaque séjour les coûts des prestations médicales (actes, médicaments), faute notamment de disposer d'un dossier médical informatisé. Ainsi, au CHU de Poitiers (Vienne) qui est pourtant un des plus avancés dans l'ensemble des EPS contrôlés, les difficultés de mise en place d'une comptabilité analytique médicalisée tiennent essentiellement à la mesure du temps médical, à l'insuffisante informatisation de certains secteurs médico-techniques pour établir une bonne traçabilité des actes de soins, et à l'impossibilité d'imputer directement la consommation de l'ensemble des médicaments aux séjours.

La Cour constate en définitive que la comptabilité analytique hospitalière reste à un faible niveau de développement dans un très grand nombre d'établissements en dépit de ses aspects stratégiques.

SYNTHÈSE

S'agissant des hôpitaux, les difficultés de conciliation des principes comptables avec les règles budgétaires conduisent à proposer de dissocier la comptabilité générale, soumise aux principes comptables, et la comptabilité budgétaire, dont il faudrait redéfinir le périmètre mais qui resterait soumise à la contrainte d'équilibre.

Le nouveau cadre budgétaire en place depuis 2006, avec l'institution d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses, devrait certes assouplir en partie la contrainte budgétaire et réduire par la même le recours à certaines pratiques contraires aux principes comptables. Un

premier bilan, qui pourrait être dressé après trois ans d'application, permettrait utilement d'apprécier les avancées mais également les limites de la réforme. Il fournirait ainsi les éléments du débat sur la nécessité de dissocier comptabilité budgétaire et comptabilité générale afin d'obtenir des comptes véritablement sincères et fiables.

En vue de renforcer la fiabilité des comptes, des améliorations substantielles sont à apporter :

- *la coopération entre comptable et ordonnateur, que plusieurs mesures récentes ont pour objectif de développer, devrait être encore renforcée pour améliorer le contrôle interne des opérations financières et la connaissance du patrimoine et garantir ainsi la fiabilité des comptes ;*
- *surtout, il conviendrait de ne plus assujettir la comptabilité générale aux aléas des financements budgétaires.*

RECOMMANDATIONS

10. Evaluer dès 2008 les effets de la réforme budgétaire de 2006 créant l'EPRD sur les pratiques comptables et la sincérité des comptes hospitaliers.

11. Etablir des référentiels nationaux représentatifs pour les coûts des différentes activités de l'hôpital afin d'inciter les EPS à développer leurs comptabilités analytiques.

Chapitre V

Les contrôles des COREC

PRÉSENTATION

En application de l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour présente chaque année une synthèse des rapports et avis émis par les comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC) qui réunissent sous la présidence des trésoriers payeurs généraux de région, les directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et les chefs des services régionaux de l'inspection du travail et de la protection sociale (SRITEPSA). Leurs contrôles ont encore constitué en 2006 une source essentielle du contrôle externe des organismes de sécurité sociale.

L'évolution des modalités de contrôle, déjà signalée les années précédentes, a conduit à la suppression des COREC par l'article 41 de la LFSS pour 2007 avec effet au 1er janvier 2008. Des contrôles ciblés, à partir d'indicateurs d'alerte, continueront cependant d'être effectués par la Cour et avec le concours des administrations de tutelle. Dans cette perspective, les COREC ont réalisé en 2006 une première série de contrôles ciblés sur le fondement d'indicateurs d'alerte, dont il est ici également rendu compte.

I - Les actions de contrôle des COREC

A – Le nombre et la diversité des organismes

Le nombre d'organismes de sécurité sociale a notablement diminué en 2006, comme le montre le tableau ci-après : le nombre total d'organismes était au 1er janvier 2007 de 955, contre 1 071 au 1er janvier 2006.

Cette diminution s'explique par :

- la fusion dans le nouveau régime social des indépendants (RSI) des trois réseaux de caisses AVA, ORGANIC et CMR, qui s'est en outre accompagnée d'une réduction du nombre d'organismes conventionnés pour la gestion de l'assurance maladie : le nombre de conventions de gestion est passé de 169 à 118, à l'occasion du regroupement des opérateurs privés ;
- la réduction du nombre des organismes se poursuivra en 2007, en particulier avec la fusion des sociétés de secours minières dans sept caisses régionales et avec le regroupement des caisses de mutualité sociale agricole, mouvement déjà signalé l'an passé[121].

121. Voir également le chapitre XII – l'avenir du régime agricole.

Les organismes recensés au 1er janvier 2007

	Organismes de sécurité sociale		Organismes de regroupement de caisse		Organismes conventionnés	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
UCANSS	1	1				
CRAM et CRAV	18	18				
CPAM	128	128				
CAF	123	123				
URSSAF	102	101				
Unions et fédérations *			98	98		
CGSS (et assimilés)	6	6				
SLM - SLI mutuelles					38	38
Total régime général	**514**	**513**				
Régime agricole	69	67	55	55	1	1
Régime social des indépendants	95	31			169	118
URCAM			22	22		
Régime minier	23	23				
Régime des I E G	107	107				
Autres régimes spéciaux	18	16				
TOTAL GENERAL	**1072**	**954**	**175**	**175**	**208**	**157**

Source : DSS

Par contre, le régime général comprend un nombre presque inchangé de 513 organismes.

a) Pour la branche famille, les progrès dans la mutualisation d'activité sont apparus encore limités lors des contrôles menés en 2006 y compris entre CAF d'un même département. Toutefois, l'objectif inscrit dans la COG d'une seule CAF par département vient d'être réaffirmé par le conseil d'administration de la CNAF et devrait être concrétisé à l'horizon 2011.

b) Dans la branche maladie, les rapports des COREC soulignent de même que certaines missions nouvelles, comme le recours à la conciliation, doivent désormais être mutualisées au niveau départemental. Certaines caisses, dans la région des Pays de la Loire, ont engagé une démarche beaucoup plus ambitieuse, spécialisant les fonctions à l'échelle inter-départementale, tout en conservant leur autonomie juridique ; mais de tels exemples paraissent encore assez isolés. Selon le rapport sur l'exercice 2005, les fonctions mutualisées se limitaient par exemple au suivi des recours contre tiers entre les caisses de Longwy et de Nancy. Elles se seraient cependant depuis sensiblement développées.

c) On note en revanche un premier effort sensible dans la branche recouvrement du régime général pour regrouper les équipes de direction dans les caisses les moins importantes, qui voient en outre des aspects croissants de leur gestion mutualisés. Par ailleurs, la convention d'objectifs et de gestion signée en 2006, prévoit la suppression des URSSAF infradépartementales, au profit de la création d'entités départementales à l'horizon 2009.

B – Les contrôles réalisés

Le tableau ci-après indique le nombre de contrôles effectués par catégorie (approfondis ou intermédiaires).

	2002 (comptes 2001)	2003 (comptes 2002)	2004 (comptes 2003)	2005 (comptes 2004)	2006 (comptes 2005)
Contrôles approfondis des comptes et de la gestion	252 (46 %)	215 (41 %)	**92** (50 %)	**83** (61%)	**101** (73%)
Contrôles intermédiaires (contrôles des comptes et suivi de la gestion)	294	314	**91**	**53**	**37**
Total des organismes contrôlés	**546**	**529**	**183**	**136**	**138**
Enquêtes thématiques	2	5	3	2	2
Taille globale de l'échantillon des enquêtes	83	123	80	31	55

Source : Cour des comptes

Sur moyenne période (soit depuis 2004, année de la réorientation des contrôles COREC), on constate que la baisse intervenue dans le nombre de contrôles s'accompagne d'un accroissement régulier du pourcentage des contrôles approfondis : sur les trois dernières années, leur part est passée progressivement de moins de la moitié en 2002 aux trois quarts en 2006.

L'analyse des durées de contrôle conduit à estimer à environ 40 auditeurs (en équivalents temps plein) le potentiel mobilisé en 2006 pour ces contrôles, ce qui témoigne d'une stabilisation, par rapport à l'année précédente.

C – Le sens des avis rendus

Répartition des avis par type de contrôle et par campagne

	2003		2004		2005		2006	
Avis favorables	247	46,7 %	79	43,2 %	59	43,4 %	75	54,4%
Avis favorables avec recommandations	221	41,8 %	75	41 %	60	44,1 %	47	34,1%
Avis favorables avec réserves	42	7,9 %	23	12,6 %	17	12,5 %	14	10,1
Avis défavorables	13	2,5 %	5	2,7 %	0	-	2	1,4%
Sursis à statuer et sans avis	6	1,1 %	1	0,6 %	0	-	0	-
Total des organismes contrôlés	529	-	183	-	136	-	138	-

Source : Cour des comptes

1 – Les avis favorables

Plus de la moitié des avis émis sont favorables sans recommandations ni réserves, ce qui semble confirmer une amélioration dont rendent compte par ailleurs les bilans plus qualitatifs disponibles. Des rapports d'ensemble, réalisés dans sept régions (représentant un peu plus du quart des contrôles), il ressort en effet souvent le constat d'une amélioration générale de la gestion et notamment du contrôle interne. Selon ce bilan, pour tous les régimes, la tenue de la comptabilité se serait améliorée même si des efforts importants restent à fournir comme en témoignent les observations qui suivent.

2 – Les avis avec recommandations

Les recommandations, encore assez fréquentes, traduisent le caractère inégal des progrès. Les COREC ont relevé notamment plusieurs recommandations relatives à la gestion des œuvres : pour les CAF, par exemple à Dijon, où les œuvres gérées par la caisse (qui comprennent à la fois des services et des établissements) mobilisent 82,5 % des dotations d'action sanitaire et sociale, au détriment des partenariats externes.

3 – Les avis favorables avec réserves

Dans plusieurs CPAM, est à nouveau soulevée la question de l'imputation irrégulière en fin d'exercice sur des comptes de tiers de diverses dépenses obligatoires d'action sanitaire et sociale[122]. Les réserves sanctionnent l'absence de progrès sur ce point, ce qui contraste avec la prise en compte en général rapide et complète des observations des COREC.

Une réserve plus grave a été formulée sur les comptes de la société minière de Moselle Est, notamment parce que ses œuvres, désormais accessibles à des assurés provenant d'autres régimes, n'avaient pas encore mis en place les procédures indispensables de facturation et de suivi des créances.

Dans d'autres types d'organismes, ce sont les insuffisances constatées à plusieurs reprises dans le suivi des indus ou plus généralement des créances, qui ont justifié des réserves (CAF de Villefranche sur Saône et URSSAF de Lille).

4 – Les avis défavorables

Deux avis défavorables ont été émis en 2006[123]. A la CAF du Gard, les écritures comptables manquent de rigueur : rapprochements bancaires trop espacés, comptes de tiers non justifiés, écarts entre la balance et les soldes. Les points relevés par le COREC ont donné lieu à des premières actions correctives à la suite du contrôle.

Un avis défavorable a été formulé pour la troisième fois sur les comptes 2005 de l'UGECAM d'Auvergne Limousin Poitou Charentes (ALPC). Déjà en 2004, le COREC puis la Cour à l'issue d'une seconde vérification avaient mis en évidence la gravité et l'étendue des dysfonctionnements de cet organisme. Le suivi réalisé par le COREC en 2006 a révélé que la gestion financière et comptable des établissements a continué d'être peu rigoureuse : reports de charges persistants sur le plan budgétaire, soldes non justifiés. La comptabilité restait pour 2005 peu fiable[124].

---

122. Cette question a déjà été évoquée à plusieurs reprises par la Cour. Une solution devrait lui être donnée au niveau national.

123. Si l'on regroupe cependant les avis défavorables et ceux avec des réserves, on met en évidence un pourcentage assez stable d'un peu plus de 10 % des organismes pour lesquels on décèle des difficultés d'une certaine gravité.

124. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2004 pp. 123-124.

A la suite des précédents avis défavorables, la CNAMTS avait pourtant décidé que la gestion de l'UGECAM ALPC serait regroupée avec celle de l'UGECAM du Centre, de manière à atteindre une taille critique suffisante. Il apparaît donc que cette réorganisation ne s'est traduite que par un transfert des tâches financières et comptables vers les établissements, sans que ceux-ci y aient été au préalable préparés. De ce fait, les dysfonctionnements perdurent.

Au-delà de cet exemple extrême, les avis des COREC ont été relativement plus sévères en 2006 pour les six UGECAM contrôlées. Les COREC ont souvent mis en évidence un manque de rigueur dans les comptes des UGECAM ou de certains de leurs établissements et l'absence en leur sein de contrôle interne. Le suivi des créances et des risques financiers, souvent défaillant, constitue pourtant une mission essentielle des UGECAM pour lesquelles elles n'ont, il est vrai, reçu aucune aide de la caisse nationale.

D – La situation particulière de deux CGSS

Deux CGSS ont été contrôlées en 2006, celle de Guyane, par le COREC et celle de la Guadeloupe, par la Cour. Dans tous les cas, la gravité des observations confirme la sévérité des audits de prise de fonctions inter-branches menés en 2005 dans ces caisses et conduit à des remarques plus générales sur la gouvernance des CGSS.

1 – La CGSS de Guyane

La CGSS de la Guyane a vu ses comptes approuvés avec plusieurs réserves, mais la gravité des motifs aurait pu justifier un avis plus sévère. Les auditeurs COREC ont noté en premier lieu qu'aucun rapport d'activité n'avait été établi pour 2004 et que le contrôle interne était embryonnaire. Selon le rapport du COREC également, la gestion de la branche maladie était en situation critique : les créances sur indus ne pouvaient toujours pas être saisies et donc recouvrées et il n'y avait aucune régularisation d'indu ni aucun effort en ce sens. L'organisation interne de la caisse n'évolue que lentement : ainsi la réforme du service courrier, décidée dès 2005 pour mettre fin aux défaillances relevées a été reportée à 2007.

Il en résulte des délais de remboursement en assurance maladie anormalement longs : 259 jours par exemple pour les professionnels de santé et près de 200 jours pour les assurés sociaux. La caisse comptait également près de 20 000 factures hospitalières en attente.

La liquidation des prestations de retraite présentait également des retards importants, ce qui a conduit la caisse à mettre en place un paiement en mode manuel d'acomptes calculés sur une base estimative dont le rapport COREC soulignait le risque d'indus non régularisés.

Lors du contrôle, les actions de gestion du risque n'étaient pas encore engagées, l'organisation annoncée à cette fin n'étant toujours pas effective. La situation du recouvrement ne paraissait pas meilleure, la faiblesse du redressement pour les contrôles d'assiette se cumulant avec les effets des lois successives d'exonérations (LOOM et LOPOM).

2 – La CGSS de Guadeloupe

Les constats effectués par la Cour sont également critiques : l'accueil téléphonique et physique est défaillant, même si l'absence d'un outil de mesure des appels aboutis ou des délais d'attente dans les antennes ne permet pas d'en quantifier l'ampleur. Selon les responsables, afin d'améliorer cet accueil, il conviendrait au préalable de réduire le stock de dossiers à liquider. En matière de retraite, les efforts déployés en ce sens, avec l'aide d'une mission de la CNAVTS, ont permis de résorber presque complètement les retards., et de même, pour les prestations non dématérialisées, en maladie.

Mais la qualité de la liquidation reste tributaire de l'absence de toute supervision de la liquidation dans les services et de toute démarche structurée de contrôle interne (dont le déploiement a été reporté à 2007).

Les comptes conservent la trace d'opérations anciennes non soldées, pour lesquelles les diligences sont absentes. Environ 40 % des indus constatés en maladie ne sont pas notifiés aux assurés.

En matière de recouvrement, les actions de contrôle d'assiette sont insuffisantes et peu valorisées (des notifications de redressement sont ainsi restées en instance pendant plus d'un an). Les résultats du recouvrement souffrent du manque d'actions amiables et de l'absence de suivi des plans d'apurement, négociés dans le cadre de la loi d'orientation de l'Outre Mer, mais dont le non-respect n'est pas sanctionné. Enfin les délais constatés pour les réponses aux courriers sont longs : 136 jours pour les demandes de prélèvement automatique, 261 jours pour les autorisations de prélèvement et même 139 jours pour des demandes de délais.

La gestion de la caisse est coûteuse notamment sur le plan immobilier et celle des ressources humaines est peu rigoureuse. L'absentéisme est partiellement mesuré. La Cour a noté en particulier que l'exercice irrégulier du droit de retrait des agents s'est traduit à différentes reprises en 2004 et 2005 par une interruption de plusieurs semaines du

service d'accueil et n'a pas été comptabilisé comme une absence. Elle a relevé également les insuffisances du contrôle d'une prime de logement, versée aux personnels pour un montant global de 2,7 M€ en 2005.

3 – Des questions générales sur la gouvernance des CGSS

Dans les deux caisses, comme sans doute dans l'ensemble des CGSS, il convient de concilier une logique verticale, de branche, avec la logique horizontale, de cohérence interne de la caisse. Par les missions d'appui sectorielles et les dotations ciblées que les caisses nationales accordent la tentation est grande pour les différentes branches du régime général (ou pour la CCMSA) de ne réagir qu'en accordant des moyens supplémentaires.

Une approche inter-branches a été initiée par la DSS et renouvelée en 2006. Elle devrait permettre de réduire les contraintes imposées par des gestions budgétaires éclatées par branche qui rendent peu lisibles les comptes et multiplient les risques d'erreur. Cependant tant que n'est pas disponible une comptabilité analytique fiable, une telle fusion des budgets des différentes branches paraît prématurée.

La déclinaison des COG, même si elle est effectuée branche par branche, est également un moyen de fixer des obligations de méthode, et d'ordonner un calendrier de retour à un fonctionnement plus conforme aux enjeux et à la responsabilité déléguée aux organismes. Dans le cadre des engagements contractuels, différents plans d'actions ont été ainsi définis pour la CGSS de la Guadeloupe. Mais il conviendrait que ces plans de branche soient complétés pour les fonctions transversales par des mesures inter-branches engageant l'ensemble des caisses nationales, mobilisées de manière conjointe pour redresser la situation.

Le suivi des progrès devra aussi être effectué par les administrations déconcentrées de l'Etat. C'est pourquoi, même si les COREC sont supprimés à compter de 2008, il paraît utile de prévoir que demeureront pour les CGSS des contrôles périodiques approfondis, associant les services des affaires sociales et du trésor.

II - Le suivi des organismes en signalement

Dans le contexte renouvelé par la certification des comptes combinés des branches ou régimes et par la montée en charge des contrôles et audits internes aux différents réseaux, il était logique de supprimer les COREC, ce qu'a prévu à compter de 2008 l'article 41 de la LFSS pour 2007. Mais il convient également que soient maintenus, et

donc adaptés, les contrôles externes de l'Etat sur les organismes de sécurité sociale.

La Cour et les administrations partenaires des COREC ont donc réfléchi à la définition de contrôles mieux ciblés, complétant ceux de la Cour et exercés en application de l'article R. 143-4 du code des juridictions financières qui permet au président de la 6ème chambre de la Cour de demander le concours des administrations de tutelle pour le contrôle des organismes de sécurité sociale.

Pour préparer cette évolution les COREC et la Cour ont réalisé en 2006 vingt-cinq contrôles, portant sur des organismes que des indicateurs dits d'alerte[125] avaient mis en signalement. Ils développaient ainsi les premiers travaux effectués l'année précédente par la Cour.

Les indicateurs d'alerte et les signalements

En nombre réduit à une dizaine, pour une meilleure lisibilité, les indicateurs dits d'alerte rendent compte de la diversité des domaines de la gestion des organismes :

- la tenue des comptes, caractérisée par deux indicateurs, l'un relatif aux éventuels retards dans la transmission des comptes locaux au niveau national et l'autre aux anomalies détectées à cette occasion ;

- le contrôle interne, pour lequel deux types d'indicateurs ont paru pertinents : le pourcentage des actions ou procédures nationales mises en œuvre au niveau local et un indicateur sur la qualité de la production (taux d'erreurs détectées par exemple) ;

- l'efficacité, que l'on peut apprécier à partir des indicateurs prévus dans les COG, pour mesurer de quelle manière chaque catégorie d'organismes exerce ses missions essentielles ;

- enfin l'efficience, caractérisée par deux indicateurs, l'un de productivité, l'autre relatif à l'absentéisme.

Sur le fondement de ces indicateurs, sont déclarés en signalement les organismes qui cumulent le plus d'écarts par rapport à la moyenne de chaque réseau. L'hypothèse implicite, souvent vérifiée, est qu'un organisme en difficulté multiplie dans plusieurs secteurs les signes de dysfonctionnement.

Ces contrôles avaient notamment pour objectif d'examiner comment les organismes de base avaient pu -ou non- surmonter leurs

125. Ce terme est emprunté au dispositif de suivi des collectivités territoriales. Mais dans le cas des organismes sociaux, il est moins simple de caractériser avec un nombre réduit d'indicateurs la situation globale d'un organisme. C'est pourquoi ont été retenus des indicateurs plus diversifiés, variables selon les branches.

difficultés, et comment, en amont, les caisses nationales des régimes général et agricole avaient organisé leur suivi.

A – Un suivi par les caisses nationales récent et encore partiel

Selon les branches, la conception et la mise en œuvre de ce suivi sont inégalement développées.

1 – La détection des difficultés

La CNAF a formalisé depuis plusieurs années des outils, destinés à détecter de façon spécifique les organismes qu'elle considère en difficulté.

En revanche, et même si les outils nécessaires sont disponibles, les autres caisses nationales n'ont pas défini de méthodologie précise. Au-delà d'un suivi des résultats au fil de l'eau, il importe en effet d'avoir un véritable travail d'évaluation périodique des performances globales, qui ne se cantonne pas au seul suivi des indicateurs de leur COG.

La CNAMTS, l'ACOSS et la CCMSA prévoient cependant d'adopter ce type de démarche de détection des organismes en difficulté. Dans le travail méthodologique qu'elles ont désormais engagé, les caisses nationales se sont inspirées des indicateurs d'alerte progressivement définis par la Cour, qu'elles ont d'ailleurs contribué à élaborer à partir de leurs données.

2 – L'analyse des insuffisances

De manière traditionnelle, les caisses nationales considèrent que les choix d'organisation interne des caisses relèvent d'une appréciation locale. Dans le régime général cependant, la réalisation d'audits approfondis de prise de fonctions lors du renouvellement des directeurs inclut l'appréciation de la pertinence des modèles d'organisation. Mais la faible fréquence de ces renouvellements limite la portée de cette procédure.

Ainsi, et alors même que certains types d'organisation sont plus efficaces, les COREC et la Cour ont constaté le maintien d'organisations inadaptées, se traduisant par des performances insuffisantes ou dégradées : ainsi dans certaines CAF ou CPAM, cela résulte du maintien d'un nombre élevé de centres de production pour la liquidation des prestations, alors que leur regroupement améliore la qualité du service rendu.

Lorsqu'elles sont explicites, les orientations décidées par les organismes têtes de réseau sont parfois lentes à produire leurs effets. La branche famille recommande ainsi aux CAF de déléguer la gestion de leurs œuvres, ce qui est loin d'être effectif dans les organismes contrôlés.

Souvent les orientations recommandées restent implicites : dans le réseau de la mutualité sociale agricole, la spécialisation des sites par fonctions, après regroupements des caisses, n'est pas encouragée explicitement alors qu'elle permet des gains de productivité et de qualité des prestations servies. Sur les quatre ensembles examinés en 2006, deux seulement, en Franche Comté et en Lorraine, avaient mis en œuvre de telles spécialisations, après une véritable fusion, les deux autres, en Midi Pyrénées Sud et dans le Languedoc, avaient surtout juxtaposé les organisations des caisses départementales regroupées.

3 – La définition de plans d'action ou de mesures correctives

C'est sur ce plan que les disparités sont les plus marquées entre les branches. La CNAF demande déjà depuis plusieurs années à une dizaine d'organismes pour lesquels elle a détecté des performances insuffisantes de mettre en œuvre des plans d'actions ou de redressement. Mais elle a encore très peu défini leur contenu minimal et les améliorations attendues sont lentes et limitées (ainsi à la CAF de Quimper).

Pour les autres branches, ce type de démarche est très récent et encore embryonnaire : seules des situations exceptionnelles donnent lieu à des démarches d'appui. Ainsi, pour l'URSSAF de Paris dont la départementalisation a fait l'objet d'un avenant à la COG de la branche. De même, à la CRAM de Lyon, un plan d'actions a été défini en 2005 à l'initiative de la caisse nationale.

B – Les mesures correctives prises par les caisses locales

En l'absence d'intervention suffisante des caisses nationales, l'essentiel des efforts de redressement incombe aux équipes de direction des organismes locaux, qui font preuve de capacités très variables, selon les branches et les contextes locaux.

1 – Au sein de la branche retraite

A la CRAM de Lyon, le plan d'actions défini en 2005 a été précédé de recrutements dont les effets ont été néanmoins différés, compte tenu de la formation dispensée à ce personnel. Ces actions ont

permis de revenir en 2006 à des délais de liquidation satisfaisants. Un plan d'action spécifique à l'agence comptable a également été élaboré pour résorber les retards dans l'apurement des comptes de tiers et des comptes financiers. Mais dans ce domaine, comme dans celui du contrôle interne, les actions correctives sont restées partielles et lentes à produire leurs effets.

A la CRAM de Dijon et à la CRAV d'Alsace, dont les performances paraissaient également insuffisantes par rapport aux moyennes de la branche, les COREC ont constaté qu'aucun diagnostic d'ensemble n'avait été établi par la caisse et que les réponses apportées ou envisagées restaient très ponctuelles et limitées.

2 – Au sein de la branche famille

Le recours à des outils éprouvés explique certains succès et redressements rapides suite à des plans d'actions adaptés. Ainsi, à la CAF du Haut-Rhin, les dysfonctionnements avérés en 2004 étaient corrigés l'année suivante. Un plan d'action signé en juin 2005 a reconfiguré les instances de décision et de concertation. Une obligation d'entraide entre services a été établie. L'amélioration des performances a été nette et rapide, en ce qui concerne la qualité de service, même si les progrès sont plus lents pour le contrôle interne et notamment la prévention des indus.

La CAF de la Corse du sud, suivie par la caisse nationale depuis 1998, s'était, selon le COREC, « fortement impliquée dans l'amélioration des résultats », permettant une nette amélioration des délais de liquidation des prestations et de la qualité de service. Sont aussi notés des progrès sensibles pour l'absentéisme maladie, qui reste élevé, mais qui est passé de 9,7 % en 2004 à 7,7 % en 2005. En revanche le coût de gestion restait encore très élevé en 2005 : le rapport des auditeurs COREC notait parmi les éléments explicatifs un transfert d'emplois des œuvres vers le budget général, la réduction du coût des œuvres étant ainsi apparente, car ne provenant pas d'efforts de gestion.

La gestion dégradée des œuvres pèse également fortement sur la CAF de Quimper. Ainsi, la part des subventions versées aux oeuvres de la caisse, dans le budget d'action sociale, était encore en 2005 de 90 % (ramené depuis à 80 %). La caisse a pourtant défini un premier plan d'action pour 2001-2004. A l'issue du plan, les auditeurs de la CNAF notaient la persistance d'un sureffectif important, évalué à 92 agents sur environ 250, et localisé pour l'essentiel dans les œuvres. Un plan de développement pour la période 2005 à 2008 a notamment prévu à partir de 2006 la spécialisation des agents par domaine (et non par secteur géographique) et a inclus la cession de biens immobiliers afin de réaliser

des économies. Malgré l'objectif de non remplacement des départs en retraite pour les services d'action sociale et les autres services non directement liés à la production, la prévision d'évolution des effectifs inclut, de 2005 à 2008, huit recrutements externes pour 17 départs.

Les constats faits dans d'autres caisses confirment ce diagnostic. Il est plus facile d'obtenir des améliorations de performances liées au coeur de métier, au moyen de nouveaux outils comme la corbeille électronique. Au contraire, les actions dans d'autres domaines d'activité ont souvent été différées ou sont insuffisantes. Il en est ainsi pour les coûts de gestion et la réorientation du schéma directeur d'action sociale à la CAF de Montbéliard, pour la définition du plan de maîtrise des risques à la CAF de Digne, ou encore pour la diminution de l'absentéisme qui continue par exemple à peser sur les résultats de la CAF de Melun.

Le budget pourrait être en principe un moyen d'action pour la caisse nationale. L'usage qui en est fait se révèle souvent limité ou hésitant : ainsi les économies demandées à la CAF de Melun en début d'année 2005 n'ont pas été concrétisées en fin d'exercice.

Les contrôles de la Cour à la CAF d'Evry ou du COREC à celle de Paris ont par ailleurs mis en évidence qu'un héritage pèse sur ces caisses, depuis l'éclatement de l'ancienne CAF de la région parisienne, aux effectifs très supérieurs à la moyenne des CAF de province de taille équivalente. Les résultats de ces CAF de la région parisienne montrent toutefois une sensible amélioration.

3 – Au sein de la branche maladie

Dans nombre de CPAM examinées, les COREC ont souligné l'importance des évolutions internes : concentration des sites de production (c'est-à-dire de liquidation des prestations), constitution de plates-formes téléphoniques… Ces évolutions sont efficaces lorsqu'elles permettent de réorganiser la liquidation par catégories de professionnels de santé et donc de mettre à disposition les profils de prescription et d'activité utiles aux actions de gestion du risque.

A la CPAM de Lyon, en 2005, la moitié des personnels avait ainsi changé de lieu d'affectation. A la CPAM de Montpellier, l'amélioration très sensible constatée en 2005 témoigne de l'efficacité de telles réorganisations. De même à la CPAM de Perpignan, la réorganisation de la liquidation semble avoir facilité le développement des actions de gestion du risque, même si ces dernières restent encore trop limitées, par rapport à la moyenne nationale.

Dans cette caisse, la Cour a mis en évidence la trop faible portée des actions destinées à enrayer un absentéisme encore trop important, même s'il a diminué de 2004 à 2005. De même, le COREC de Corse, s'il souligne les efforts de l'équipe de direction de la CPAM de Bastia, met également en évidence le caractère trop limité des actions destinées à prévenir l'absentéisme de courte durée.

Le même constat est fait dans les caisses de la région parisienne dont l'absentéisme, qui dépasse nettement la moyenne, est perçu à tort par certaines équipes de direction comme une conséquence des spécificités franciliennes (les données des autres branches montrent en effet que ce n'est pas exact).

De manière générale, on note dans la branche maladie une concentration encore plus marquée des signalements pour les caisses de la région parisienne : toutes figurent parmi les 13 CPAM les plus mal classées. Leur coût élevé s'explique notamment par le poids des fonctions support pour lesquelles les efforts de réorganisation et d'amélioration de la productivité apparaissent plus lents. A la CPAM de Nanterre, on relève par exemple un nombre important d'informaticiens ou de spécialistes d'éditique, fonctions qui ailleurs tendent à être développées à un niveau mutualisé ou au niveau national (pour la maîtrise d'ouvrage informatique). Cette situation va à l'encontre d'une recommandation précédente de la Cour qui demandait, outre l'interdiction du développement d'applications locales concurrentes des outils nationaux, le rattachement des informaticiens développeurs à la direction nationale de la branche[126].

4 – Au sein de la branche recouvrement

Dans les URSSAF, les COREC ont relevé des situations contrastées. Dans le Var, le signalement relatif à l'exercice 2004 n'était plus justifié pour 2005, après les nombreuses actions correctives engagées par l'organisme. Il en allait de même pour l'URSSAF de Gap : selon le COREC, « sous réserve du handicap structurel de sa petite taille », cette URSSAF paraissait «dans une dynamique de remise à niveau de ses points faibles et de consolidation de ses points forts ». Certaines actions utiles avaient en outre été engagées, même si elles demandaient du temps pour produire tous leurs effets, par exemple pour les actions visant à développer la dématérialisation des déclarations.

126. Voir recommandations n° 13 et n° 14, p. 118 du rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006.

A l'URSSAF de Paris, le COREC a noté l'amélioration des performances, notamment pour le recouvrement. Mais il relève aussi que le redressement attendu est encore partiel : ainsi pour les coûts de fonctionnement, nettement plus élevés que dans la moyenne du réseau. De même les outils de pilotage demeurent insuffisants.

L'URSSAF de Perpignan avait également été signalée, au vu des données pour 2004 comme de celles pour 2005, qui restaient en général médiocres malgré quelques améliorations. Les progrès attendus depuis plusieurs années en matière de dialogue interne et de climat social ne semblaient pas véritablement atteints. Malgré deux plans d'actions successifs, la tutelle faisait encore état de multiples conflits.

5 – Au sein de la mutualité sociale agricole.

La caisse de mutualité sociale agricole du Jura avait fait l'objet de signalements, avant son intégration dans la fédération de Franche Comté. Les évolutions constatées suite à la fusion ont permis de commencer à réduire les surcoûts : regroupement des comptables, resserrement de l'équipe de direction, réorganisation progressive de l'ensemble des services, permettant de ne remplacer que très partiellement les départs en retraite (29 départs entre 2003 et 2005 pour 4 embauches).

Des efforts de productivité analogues sont notés pour la MSA de Lorraine, même si le COREC souligne que la rationalisation des points d'accueil (on en compte 51 dans les trois départements dont 27 dans les Vosges), pourtant préparée par une étude approfondie de fonctionnement, n'avait pas été engagée lors du contrôle en septembre 2006.

L'examen de la gestion de la fédération de Midi Pyrénées Sud a mis en évidence encore plus nettement l'absence de lien entre l'évolution juridique des caisses et l'adaptation des services, y compris des permanences d'accueil, qui restent nombreuses et coûteuses, par rapport aux personnes accueillies, notamment en Haute Garonne.

RECOMMANDATIONS

12. Elaborer des plans d'actions correctives pour les organismes de sécurité sociale ayant des performances jugées insuffisantes.

13. Pour les CGSS, établir un contrat pluriannuel de progrès pour les fonctions transversales et maintenir un contrôle périodique par les services déconcentrés de l'Etat.

Chapitre VI

L'assiette des prélèvements sociaux financant le régime général

PRÉSENTATION

Après avoir conduit en 2002 une enquête sur l'assiette des cotisations sociales, la Cour a étendu dans le présent rapport son analyse à l'ensemble des prélèvements qui contribuent au financement du régime général de la sécurité sociale. Ces recettes, désignées ensuite par le terme de prélèvements sociaux, rassemblent outre les cotisations sociales stricto sensu, différentes impositions (CSG, CRDS, contribution solidarité autonomie et prélèvement social sur les revenus de capitaux). Leur assiette fait l'objet de multiples exonérations, abattements, déductions et réductions aux finalités diverses qui en grèvent le produit dans des proportions très significatives au profit d'un nombre variable de bénéficiaires.

La Cour a souhaité plus particulièrement cette année évaluer l'incidence sur les recettes du régime général de ces divers dispositifs. Elle a constaté que la mesure de l'impact sur l'équilibre des comptes sociaux des différentes mesures d'exonération est encore lacunaire. En outre, l'évaluation de leur efficacité reste à faire, seuls les dispositifs de soutien à l'emploi ayant fait jusqu'à présent l'objet de travaux de la Cour[127].

Certes, l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale dispose qu'une annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) énumère l'ensemble des mesures d'exonération sur les prélèvements sociaux et précise les modalités de leur compensation financière. L'article 9 de la LFSS pour 2003 prévoit, par ailleurs, la transmission quinquennale au Parlement d'un rapport recensant les dispositifs affectant l'assiette des cotisations et chiffrant les pertes de recettes induites pour l'Etat et la sécurité sociale. Ce rapport devrait d'ailleurs être prochainement disponible puisque le délai prévu viendra à échéance au cours de l'année 2007. De même, les programmes de qualité et d'efficience devraient comporter dans leur volet financement un indicateur relatif aux « niches sociales ».

En présentant sans attendre un bilan aussi complet que possible, la Cour a souhaité aller au-delà des estimations aujourd'hui disponibles. Ainsi, l'annexe annuelle à la loi de financement susmentionnée ne reprend-elle qu'en partie les exonérations affectant les prélèvements sociaux. Elle ignore notamment les exonérations qui amputent le produit des

127. Voir notamment le rapport public 2003 « Les contrats emplois consolidés », pp. 101 et suivantes, et le rapport public 2005 « Les dispositifs d'évaluation des politiques d'aide à l'emploi », pp. 221 et suivantes.
Plus récemment, une évaluation des mesures emploi a été réalisée par la Cour : communication à la commission des affaires sociales du Sénat relative aux exonérations de charges sociales en faveur des peu qualifiés, juillet 2006.

contributions au titre des revenus du patrimoine ou des placements. Les estimations qui suivent visent ainsi à fournir au Parlement un ordre de grandeur aussi fidèle que possible des ressources qui sont ainsi retirées à la sécurité sociale au profit de politiques publiques multiples et variées.

La Cour s'est attachée à recenser les divers dispositifs qui réduisent l'assiette des prélèvements sociaux, à en estimer l'impact pour le régime général et à fournir des précisions sur les finalités de chacun de ces dispositifs, le nombre de leurs bénéficiaires. Certes, la loi du 25 juillet 1994 codifiée à l'article L. 131-7 a posé le principe de compensation par l'Etat des mesures de réduction et d'exonération de cotisations, principe ensuite conforté et élargi aux abattements d'assiette et aux contributions. Mais ce principe connaît encore de nombreuses et importantes exceptions.

Les éléments de chiffrage fournis sont principalement fondés sur des données produites par différentes administrations pour l'année 2005.

La méthode retenue

Les prélèvements sociaux sont régis par deux principes : l'universalité des revenus pris en compte et la proportionnalité des taux appliqués à ces revenus. Ces principes permettent d'estimer à la fois la perte d'assiette et la perte de recettes correspondante.

La perte d'assiette estimée résulte en effet du principe d'universalité. Concernant les cotisations sociales, l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale retient une conception très extensive des revenus taxables. Il s'agit de « toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payées, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire ».

La création des contributions sociales (CSG et CRDS) a retenu une assiette encore plus large, puisque l'ensemble des revenus y est soumis (l'ACOSS évalue à 30,3 Md€ en 2005 l'écart entre l'assiette de la CSG et celle des cotisations sociales). Cette extension tirait les conséquences financières de l'universalisation du bénéfice des prestations et du relâchement du lien avec le salariat et permettait de limiter les comportements d'optimisation sociale de certains assujettis. La CSG a ainsi pour finalité la mise en oeuvre du principe de solidarité générale sans idée de contrepartie rappelé par la décision du Conseil constitutionnel du 28 décembre 1990.

A la différence de l'impôt sur le revenu, les contributions sociales sont proportionnelles à leurs assiettes. Ce principe de proportionnalité a été renforcé par la suppression des plafonnements pour les cotisations maladie et famille, leur subsistance en matière de vieillesse s'expliquant par l'existence des régimes obligatoires complémentaires de retraite. Il

facilite l'évaluation financière des *pertes de recettes* et permettrait en théorie la sommation des différentes estimations.

La Cour s'est efforcée de fournir, pour chaque dispositif diminuant les recettes du régime général, une estimation de son enjeu financier toutes choses égales par ailleurs. Cette estimation ne tient pas compte de l'impact qu'aurait la suppression des exonérations sur les recettes taxées. Elle correspond donc à chaque fois à un chiffre maximum de pertes de recettes.

Pour les différents dispositifs relatifs aux entreprises, un calcul complémentaire a été effectué sous l'hypothèse d'une dépense globale (salaires + dispositifs exonérés) inchangée. Les recettes ainsi récupérées constituent le minimum qui peut être attendu de l'application du droit commun. Des études plus précises, mesurant notamment l'élasticité des dépenses exonérées de prélèvements à la variation des taux de prélèvements [128] permettraient de mieux appréhender l'incidence des modifications de comportements qu'induirait une remise en cause des différents avantages consentis.

Pour les revenus d'activité, les revenus de remplacement et de complément, la Cour a retenu le taux de CSG applicable aux salaires[129] parce que cette imposition représente l'essentiel du produit de ces contributions. Pour les cotisations sociales, la Cour a retenu le taux de 37,88 %[130]. Ce taux ne prend pas en compte les cotisations aux régimes de vieillesse complémentaire et d'assurance chômage qui s'établissent entre 15 % et 20 %.

128. Une telle appréciation est délicate, d'autant plus que les effets potentiels sont sans doute variables, selon les dispositifs recensés. On peut donner deux exemples contrastés des comportements probables, en cas de remise en cause des exonérations :

- dans le cas de la participation versée aux salariés, il est probable que les montants distribués par les employeurs seraient diminués, et seulement en partie compensés par une hausse de la rémunération directe (celle-ci engendrant une hausse, pour un montant difficile à chiffrer, des cotisations) ;
- dans le cas des indemnités de licenciement, à l'inverse, il est probable que les montants alloués ne seraient qu'assez peu modifiés car ils sont fixés par référence à des durées d'emploi. Il en serait selon toute vraisemblance de même en ce qui concerne l'attribution de stock-options.

Les élasticités associées à chaque dispositif seraient donc très variables.

129. Soit notamment 7,5 % pour la CSG.

130. Dont 13.55 % pour la maladie, 16.65% pour la vieillesse, 5.40 % pour la famille et 2,28 % pour le risque AT/MP. Ces calculs n'incluent pas l'incidence de la perte d'assiette pour les régimes complémentaires obligatoires, dont l'impact est également très significatif.

I - Les prélèvements sociaux sur les revenus d'activité

Les dispositifs qui amputent les recettes du régime général correspondent à des préoccupations diverses. A côté de ceux qui relèvent de la politique de l'emploi et qui consistent en un allègement général des charges pesant sur les bas salaires ou qui ciblent des populations spécifiques dont l'insertion dans le marché du travail pose problème, d'autres encouragent le partage des profits des entreprises avec leurs salariés ou incitent à leur procurer une protection sociale renforcée. Certains revenus d'activité sont enfin exonérés de prélèvements sociaux dans le but de favoriser la prise en charge par les employeurs de certaines dépenses et l'affectation d'une partie de la rémunération à un objet particulier, de faciliter les cessations consensuelles de la relation de travail ou de prendre en compte les particularités de l'exercice de certaines professions.

A – Les mesures pour l'emploi

Il s'agit d'un ensemble de dispositifs dont l'objet est de favoriser l'emploi ou le retour à l'emploi de personnes éprouvant des difficultés spécifiques (personnes jeunes ou âgées, personnes peu qualifiées, bénéficiaires de prestations d'assistance). La plupart de ces mesures ne se traduisent pas par une perte de cotisations car elles font l'objet de la compensation instituée par la loi de 1994 précitée. Il existe toutefois deux séries d'exceptions à ce principe général, qui diminuent les recettes du régime général : celle des mesures préexistantes à la loi de 1994 et celle des mesures postérieures mais ne donnant pas lieu à compensation de la volonté expresse du législateur.

L'annexe 5 du PLFSS pour 2007 chiffre le montant de cette compensation à 22,4 Md€ pour 2005[131] dont l'essentiel correspond à la réduction dite « Fillon », qui ampute les cotisations patronales d'un montant dégressif maximum de 26 % pour les salariés rémunérés entre le SMIC et 1,6 fois le SMIC (17 147 M€). La principale mesure nouvelle en 2006 institue une franchise de cotisations pour une aide à domicile auprès d'une personne fragile et un abattement en faveur des particuliers employeurs.

Le montant des mesures non compensées est estimé quant à lui à 2,1 Md€ en 2005 et 2,6 Md€ pour 2006.

131. 24,2 Md€ pour 2007.

Certaines mesures non compensées ont été adoptées avant la loi de 1994. Il s'agit pour l'essentiel des emplois familiaux dont l'employeur est un particulier fragile, notamment de plus de 70 ans, pour 960 M€ et des aides à domicile employées par une association ou une entreprise auprès d'un particulier fragile pour 614 M€. D'autres sont en voie d'extinction tels le contrat emploi solidarité, le contrat emploi consolidé ou l'abattement de 30 % pour l'embauche d'un salarié à temps partiel.

D'autres mesures ne sont pas compensées par dérogation expresse : contrat d'accompagnement dans l'emploi pour 404 M€ (selon les données contenues en annexe 5 du PLFSS pour 2007) qui concerne environ 100 000 personnes rencontrant des difficultés sociales et professionnelles d'accès à l'emploi et contrat d'avenir pour 30 M€, dont bénéficient 13 000 personnes titulaires du RMI, de l'ASS, de l'API ou de l'AAH. Enfin, la loi du 19 décembre 2005 a créé une mesure[132] non compensée qui autorise les entreprises à verser à leurs salariés un bonus exceptionnel de 1 000 € en franchise de cotisations pour la seule année 2006.

B – Les dispositifs d'association des salariés aux résultats des entreprises

Ces dispositifs sont de deux types, soit qu'ils consistent en un complément de salaire au versement différé, soit qu'ils favorisent un actionnariat salarié.

1 – Participation, intéressement et abondement du plan d'épargne d'entreprise (PEE)

La Cour[133] avait déjà relevé en 2002 l'importance des concours publics dont ces dispositifs bénéficient du fait de leur régime fiscal très favorable. Elle avait également souligné leur caractère peu redistributif puisque la majeure partie des sommes allouées l'est proportionnellement aux salaires[134]. Depuis leur régime n'a connu que peu d'évolutions :

- la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a créé un plan d'épargne retraite collectif (PERCO) qui bénéficie du régime fiscal et

132. Prévue à l'article 17 de la loi n° 2005-1579 du 1er décembre 2005.

133. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002, pp. 74 à 76.

134. Selon la DARES, parmi les salariés ayant perçu cette épargne, les 10 % les mieux lotis ont perçu 40 % des sommes versées, contre 26% de la masse des salaires versés.

social de l'épargne salariale et s'est substitué au plan partenarial d'épargne salariale volontaire (PPESV) ;

- la loi du 30 décembre 2006 pour le développement de la participation et de l'intéressement confère aux entreprises la possibilité de verser, sur décision du conseil d'administration ou du directoire, un supplément d'intéressement ou un supplément de réserve de participation. Elle favorise la conclusion d'accords d'intéressement dits « de projet » et incite les PME pour lesquelles la participation est facultative à signer des accords d'intéressement, les entreprises dans lesquels existe un régime de participation à mettre en place également un PEE et celles dans lesquelles existe un PEE à organiser aussi un PERCO. Enfin, elle accroît la réserve spéciale de participation et augmente les plafonds d'abondement du PEE et du PERCO.

Ces différents dispositifs étaient déjà marqués par un fort dynamisme alimenté par la restauration de la profitabilité des entreprises, avec une croissance annuelle de près de 9 % entre 1999 et 2004. Sur la même période, le nombre de salariés bénéficiaires s'est accru de 1 400 000 à 8 315 000. Ainsi, les montants versés au titre de ces dispositifs (hors PERCO, trop récent pour avoir encore produit des effets significatifs[135] mais sans doute destiné à prendre une grande ampleur) sont passés de 8,3 Md€ en 1999 à 12,7 Md€ en 2004[136]. Leur exonération représente une perte maximale de cotisations sociales de 4,8 Md€ en 2004 que l'on peut extrapoler sur la base du taux de croissance susmentionné à 5,2 Md€ en 2005. Au cas où le montant distribué serait amputé du montant des cotisations dues, le minimum de gain pour le régime général serait ramené à 3,8 Md€.

2 – Stock-options et attribution d'actions gratuites

a) Rappel des règles applicables

Alors que la participation constitue une spécificité française, plans de souscription ou d'achat d'actions par les salariés (couramment dénommés plans de stock-options) et attributions d'actions gratuites sont généralisés dans les principales économies de marché. Leur objet est de

135. Sur la base de 60 000 bénéficiaires fin 2005, la perte de recettes serait de 50 M€.
136. Source : DARES, enquête annuelle ACEMO PIPA.

rapprocher les intérêts patrimoniaux des actionnaires, propriétaires des entreprises, de ceux de leurs mandataires sociaux et dirigeants salariés[137].

Un nouveau dispositif d'actionnariat salarié a été instauré par l'article 83 de la loi de finances pour 2005 qui permet aux sociétés d'attribuer à leurs salariés et mandataires sociaux des actions gratuites exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale sous réserve du respect de certaines conditions (détention d'au moins deux ans) et limites (10 % du capital social). Ce dispositif qui donne lieu à compensation pourrait à terme se substituer partiellement aux plans d'options[138].

137. Le coût de l'émission des stock-options et actions gratuites pour les sociétés peut être évalué de la façon suivante :

- pour les actions gratuites, en utilisant le cours de bourse, ou une moyenne de cours de bourse, à la date de l'attribution ;
- pour les stock-options, en retenant la différence entre le cours de bourse à la date de l'exercice de l'option c'est-à-dire d'acquisition des actions, et le prix de souscription de celles-ci.

Les profils de risques des deux instruments diffèrent cependant sensiblement : le propriétaire d'une action sera exposé à sa baisse comme à sa hausse quand le détenteur d'une option ne le sera qu'à sa hausse, puisque les stock-options confèrent à leurs bénéficiaires le droit d'acquérir un nombre d'actions dans un certain délai et à un certain prix mais ne les y oblige pas. Ce droit ne sera donc exercé que si le cours de l'action est supérieur à ce prix.

138. A coût identique pour l'entreprise, avec une équivalence d'une action pour quatre ou cinq options.

Des pertes d'assiette sociale sont attachées à la distribution de stock-options. Plus précisément, l'essentiel des pertes de recettes pour la sécurité sociale est due à l'exonération de la plus-value d'acquisition[139].

b) Evaluation de la perte d'assiette

La Cour a procédé à l'évaluation du montant des stocks-options distribué en 2005, afin d'estimer les pertes de recettes pour la sécurité sociale générées par ce dispositif.

La Cour a valorisé les attributions 2005 sur la base d'un certain nombre d'hypothèses de comportement des bénéficiaires et de données macroéconomiques :

Concernant la durée de conservation des stock-options avant leur exercice, deux facteurs entrent en ligne de compte : les prélèvements obligatoires et l'optimisation de la valeur du portefeuille. Les

139. Les règles régissant les options distinguent trois phases auxquelles correspondent trois revenus :

- le rabais : c'est la différence entre la valeur des actions au moment de l'attribution des stock-options et le prix de souscription prévu. Ce prix ne peut être inférieur à 80 % de la moyenne des derniers cours si les actions sont cotées; ce rabais est dit excédentaire lorsqu'il est compris entre 5 % et 20 %. Il est exonéré de cotisations et de prélèvements sociaux s'il est inférieur à 5 %. En pratique, le rabais n'est que très exceptionnellement égal à 5 % et est le plus souvent nul, le prix d'exercice étant fixé à la moyenne des cours précédant l'attribution
- la plus-value d'acquisition : c'est la différence entre le cours de l'action au moment de l'exercice de l'option et le prix de souscription initialement fixé. Exonérée de cotisations sociales à l'issue d'une période d'indisponibilité de quatre ans, elle est en revanche soumise aux contributions sociales applicables aux revenus des placements ;
- la plus-value de cession: c'est la différence entre le cours des actions lors de la levée d'option et le cours de leur cession. Elle supporte la fiscalité des plus-values mobilières et les contributions sociales qui s'appliquent aux revenus des placements.

Chaque entreprise arrête les dispositions de ses plans de stock-options librement mais la publication de leurs caractéristiques en application de la législation sur la protection de l'épargne et l'attention portée à cette question par les actionnaires ont conduit à une certaine harmonisation des pratiques:

Les options sont la plupart du temps inconditionnelles : leur exercice ne suppose aucune performance de la part des gestionnaires. Les entreprises cotées distribuent chaque année environ 0,85 % de leur capital sous forme de stock options. La durée minimale de conservation est généralement fixée à 4 ans, condition nécessaire pour bénéficier de l'exonération de charges sociales, alors que la durée maximale oscille entre huit et dix ans.

prélèvements sont très lourds durant les quatre premières années puisque les cotisations sociales sont dues, mais significativement réduits les deux suivantes, puis encore abaissés tout en restant supérieurs au droit fiscal commun. La théorie des choix de portefeuille prend en considération deux effets contradictoires : dans un souci d'optimisation, les agents doivent diversifier leurs placements et céder dès que possible l'actif qui viendrait à représenter dans leur patrimoine une part trop lourde ; mais l'exercice anticipé des actions engendre une perte égale à la « valeur temps » résiduelle au moment de l'exercice. Il en résulte que la durée de conservation moyenne des options se situe vraisemblablement entre six et dix ans. La Cour a retenu l'hypothèse prudente selon laquelle les détenteurs conservaient leurs options 6 ans[140].

Pour ce qui concerne la performance des options, la Cour a considéré la performance de l'indice CAC 40 hors dividendes depuis sa création pour un horizon de placement donné. Mais la performance du portefeuille de stock-options est supérieure à celle de l'indice boursier. En effet, l'option est asymétrique : si le cours de l'action est inférieur au prix d'exercice, le détenteur les conservera jusqu'à ce qu'il puisse réaliser un gain. C'est donc la moyenne des seules performances positives de l'indice pour un horizon de temps donné qui a été prise en compte.

La Cour n'a pas pris en compte les cas où le départ de l'entreprise prive le salarié de sa possibilité d'exercer ses options. Elle a retenu un taux d'actualisation de 3 %.

Le tableau suivant donne une évaluation des options consenties en 2005 en fonction de la durée de la détention pour différentes performances des placements boursiers.

Evaluation des pertes de recettes résultant des stock-options consenties en 2005 en fonction de la durée de détention

En M€

Durée de conservation	4 ans	5 ans	6 ans	7 ans	8 ans	9 ans	10 ans
Performance totale moyenne de l'indice hors dividendes	61,31%	79,04%	85,16%	80,92%	98,26%	122,57%	143,13%
Valeur actuelle des stock-options de 2005	6 545	8 191	8 569	7 905	9 320	11 286	12 796
Perte de recettes	2 479	3 103	3 246	2 994	3 530	4 275	4 847

Source : Cour des comptes à partir de données Euronext et AMF

140. Cette durée correspond en outre à un optimum fiscal : fortement imposée dans un premier temps (avec un niveau supérieur à celui des plus values mobilières), la fiscalité sur la plus-value d'acquisition est en effet réduite si les options sont conservées plus de six ans.

Ainsi, sur la base d'une valorisation des stock-options distribuées en 2005 à 8 569 M€, la perte de recettes peut être estimée à 3 246 M€. L'application à ces revenus des contributions sociales frappant les revenus d'activité, au lieu, comme actuellement, de celles applicables aux revenus de placement qui sont supérieures, réduirait en revanche les pertes de recettes sociales d'environ 230 M€. La perte nette, un peu moins élevée, s'élèverait donc aux environs de 3 Md€ (et de 2,2 Md€ si le montant distribué était amputé du montant des cotisations dues).

La valorisation mentionnée par les sociétés dans leurs états financiers s'élève à 0,24 % de la capitalisation boursière au 31décembre 2005 soit 3 ,4 Md€ représentant une perte de recettes de 1,3 Md€, niveau sensiblement inférieur aux estimations de la Cour. Mais plusieurs facteurs (le niveau de leurs résultats, le pouvoir actionnarial) incitent les sociétés à retenir des estimations minimalistes.

Environ 100 000 personnes ont reçu des stock-options en 2005 soit 3 % des effectifs des sociétés cotées en bourse et une proportion plus faible encore des salariés du secteur privé. En outre, le bénéfice en est très inégalement réparti puisque les 10 plus gros bénéficiaires et mandataires sociaux s'en étaient vu en moyenne adjuger près du quart et le chef d'entreprise à lui seul 6,74 %[141]. L'exonération de cotisations sociales sur ces revenus différés n'est pas plafonnée, alors que la concentration avérée induit des gains substantiels pour leurs bénéficiaires comme l'indique le tableau suivant qui fournit un ordre de grandeur des gains individuels induits dans l'hypothèse centrale retenue par la Cour.

Montant individuel des avantages consentis en 2005

En €

	Tous bénéficiaires	10 000 premiers[142] bénéficiaires	1 000 premiers[143] bénéficiaires	50 premiers[144] bénéficiaires
Valeur moyenne de la plus-value avant prélèvements obligatoires	85 688	205 479	577 534	9 635 421

Source : Cour des comptes à partir de données Euronext et AMF

141. Cette moyenne recouvre des écarts importants puisqu'un président a renoncé à toutes options alors qu'un autre obtenait 31 % de la distribution.

142. Il s'agit des dix premiers bénéficiaires des 1 000 sociétés cotées.

143. Il s'agit des premiers bénéficiaires des 1 000 sociétés cotées.

144. Il s'agit des premiers bénéficiaires des 50 plus grosses capitalisations.

C – La protection sociale en entreprise

Le traitement social des opérations de retraite et des prestations de prévoyance a été substantiellement modifié par les lois du 21 août 2003 portant réforme des retraites et du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie, qui ont réservé le bénéfice des exonérations de cotisations sociales aux seuls régimes à caractère collectif et obligatoire qui remplissent certaines conditions : principe de non substitution à un élément de rémunération, contrats « responsables » en maladie, par exemple.

Les plafonds d'exonération ont été abaissés. Ainsi, en matière de retraite supplémentaire[145], la fraction exonérée est limitée à la plus élevée des deux suivantes : 5 % du plafond de sécurité sociale (1 510 € en 2005) et 5 % de la rémunération dans la limite de cinq fois le plafond.

Cette modification des plafonds d'exonération a conduit à diminuer le montant maximum ouvert à exonération au titre de la retraite supplémentaire pour tous les salaires inférieurs à 8 SMIC. De même en matière de prévoyance, qui inclut la dépendance, la fraction exonérée est limitée à 6 % du plafond de sécurité sociale (1 812 € en 2005) et 1,5 % de la rémunération, sans que le total puisse excéder 12 % du plafond.

Toutefois, le bénéfice des exonérations antérieures étant acquis jusqu'en juin 2008, c'est le régime précédent qui a servi de base au chiffrage.

1 – La retraite supplémentaire

Il y a lieu de distinguer les contrats à prestations définies, dits de l'article 39 du CGI, qui peuvent être exonérés de prélèvements sociaux[146] sous certaines conditions[147], des contrats à cotisations définies à sortie obligatoire en rente (contrats dits de l'article 83 du CGI) ou non (contrats

145. Les cotisations de retraites complémentaires obligatoires ne sont plus désormais soumises au plafonnement et sont donc exonérées sans limite. L'exonération de cotisations des contributions patronales aux régimes complémentaires de retraites, ARRCO, AGIRC et IRCANTEC n'a pas été considérée comme une perte de recettes sociales car ces régimes légalement obligatoires bénéficient à une très large part de la population active occupée (17 millions pour le premier, près de 4 millions pour le second, 2,5 millions pour le troisième).

146. Ils supportent toutefois une contribution spécifique au FSV assise soit sur les cotisations reçues soit sur les pensions versées. Les prestations versées aux bénéficiaires sont ensuite assujetties à la CSG et à la CRDS.

147. Achèvement de la carrière dans l'entreprise notamment.

dits de l'article 82 du CGI auxquels l'adhésion est facultative et qui ne bénéficieront donc plus de l'exonération lors de l'entrée en vigueur de la réforme). Ces différents contrats concernaient en 2005 environ 2 millions de bénéficiaires représentant des cotisations de 4,6 Md€ qui engendrent, sous l'hypothèse que l'employeur couvre 60% de leur coût, une perte de recettes de cotisations sociales d'1 Md€ (avec un minimum de 0,7 Md€).

2 – La prévoyance complémentaire

La perte de recettes s'établirait à 4 Md€ en 2005, en retenant l'hypothèse que l'employeur couvre aussi 60 % du coût des couvertures complémentaires et sur la base du chiffre d'affaires « prévoyance collectives » de 18,5 Md€ réalisé par les mutuelles (y compris une estimation de l'assurance décès), les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance (le minimum serait de 2,9 Md€).

D – Les compléments de salaires affectés

Le législateur a souhaité favoriser la prise en charge par les employeurs de certaines dépenses telles que les repas, les transports en commun ou les vacances. On a supposé ici que les sommes déboursées au titre de ces avantages sociaux ne seraient pas amputées en cas d'imposition sociale.

1 – Les titres restaurants

La participation de l'employeur au financement d'un titre restaurant est exonérée de contributions sociales dans la limite de 4,98 €, sous réserve que le montant de cette participation soit compris entre 50 % et 60 % de la valeur faciale du titre restaurant.

En 2005, 556 millions de titres ont été émis au profit de 2,5 millions de salariés, avec une participation moyenne des employeurs estimée à 3,61 € par titre. La perte de recettes correspondante s'établit à 926 M€[148] dont 759 M€ de cotisations sociales.

2 – Les frais de transport

L'article 5 de la loi du 4 août 1982 relative à la participation des employeurs au financement des transports publics urbains prévoit que les employeurs de la région parisienne doivent prendre à leur charge 50 % du prix des titres d'abonnements aux transports en commun souscrits par

148. Source direction de la législation fiscale (DLF).

leurs salariés pour les déplacements qu'ils effectuent entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail.

En 2006, le législateur a complété le dispositif existant en permettant aux employeurs de préfinancer tout ou partie des frais de transports collectifs de leurs salariés, ou l'usage d'un véhicule dans les zones hors périmètre urbain. La part contributive de l'employeur dans le chèque transport est exonérée dans la limite de 50 % du prix des abonnements de transports collectifs et de 100 € par an pour l'achat de carburant. Toutefois, le bénéfice de cette exonération ne peut être cumulé avec le bénéfice des remboursements de frais professionnels relatifs aux frais de transport domicile/lieu de travail qui fait l'objet d'une compensation au titre de l'article L. 131-7 du CSS.

En ne considérant que les salariés de la région parisienne (1 600 000 de personnes) qui bénéficient de la prise en charge par leur employeur de la moitié au moins du coût de leur carte orange, la perte de recettes s'élève en 2005 à 265 M€ [149] dont 217 M€ de cotisations sociales.

3 – Les chèques vacances

La participation des comités d'entreprise au financement des chèques vacances est exonérée de contributions sociales pour les salariés dont le revenu fiscal de référence n'excède pas 17 182 € majorés de 3 987 € par demi-part supplémentaire.

La participation des entreprises de moins de cinquante salariés au financement des chèques vacances est autorisée dans les limites de 20 % au moins et 80 % au plus de la valeur libératoire des chèques. Lorsque les conditions de revenus sont réunies, la contribution patronale est exonérée des cotisations de sécurité sociale dans la limite de 30 % du SMIC mensuel par an et par salarié.

En 2005, 975 M€ de titres ont été distribués à environ 2 200 000 bénéficiaires avec une prise en charge par l'employeur à hauteur de 26,5%. La perte de recettes correspondante est évaluée à 119 M€[150] dont 98 M€ de cotisations sociales.

149. Source DLF.
150. Source DLF.

4 – La participation des employeurs au financement de services à la personne notamment sous forme de chèque emploi-service universel (CESU)

En 2006, le législateur a exclu de l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale l'aide versée par le comité d'entreprise ou l'entreprise, dans la limite de 1 830 € par an et par salarié, pour financer des activités de services à la personne, de garde d'enfants ou d'assistance aux personnes dépendantes. Mais cette mesure fait l'objet de la compensation prévue par la loi de 1994.

5 – Les avantages accordés par les comités d'entreprise

Selon la Cour de cassation, tous les avantages à l'exception des sommes ayant le caractère de secours entrent dans l'assiette des cotisations sociales. Pourtant l'administration a adopté une position beaucoup plus libérale interdisant ainsi aux URSSAF de redresser, sur la base de l'absence de déclaration, les avantages destinés à favoriser ou à améliorer les activités extra-professionnelles, sociales ou culturelles (de détente, de sport et de loisirs) des salariés et de leur famille. Ceci exonère notamment les bons d'achat, les arbres de Noël et les réductions tarifaires sur les spectacles, les sports ou les voyages.

Les activités touristiques et de loisir, arbres de Noël et festivités représentant plus de 70 %[151] des dépenses des comités d'entreprise, le chiffrage de la perte de recettes s'élève à environ 1 362 M€[152] dont 1 117 de cotisations sociales.

E – Les indemnités de départ de l'entreprise

Lorsque le départ du salarié de l'entreprise est involontaire (licenciement ou mise à la retraite) les indemnités versées par l'employeur sont très largement exonérées. Des plafonds d'exonération ont été fixés à un niveau très élevé pour les cotisations sociales [153]et un peu moins pour les contributions sociales[154], niveaux qui fluctuent en

151. Source CES Rapport sur le développement des services à la personne.
152. Source INSEE/DARES Enquête ECMO 2004.
153. Deux fois le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail, ou la moitié du montant de l'indemnité si ce seuil est supérieur, dans la limite de cinq fois le plafond de sécurité sociale en vigueur à la date du versement de ces indemnités.
154. Exonération pour leur fraction n'excédant pas le montant de l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement.

fonction de l'existence d'un plan de sauvegarde de l'emploi ou d'un accord de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).

L'évaluation de la perte de recettes dépend de celle du nombre des mises à la retraite et des licenciements :

- sur la base de 86 000 mises à la retraite annuelles et d'une indemnité de fin de carrière moyenne de 13 000 €[155], l'application d'un taux de cotisation de 37,88 % conduit à évaluer la perte de recettes à 524 M€, dont 423 M€ au titre des cotisations sociales (minimum sous l'hypothèse d'une dépense globale -salaires + dispositifs exonérés- inchangée : 356 M€);
- sur la base de 870 000 licenciements annuels[156] et d'une indemnité moyenne de 9 000 €[157] dont la quasi-totalité serait exonérée, la perte de recettes s'élève à 3,6 Md€, dont 3 Md€ de cotisations sociales par an (minimum : 2,8 Md€).

Ces montants très significatifs sont à rapprocher de l'origine de cette exonération qui procède d'une application très extensive par la jurisprudence de la règle selon laquelle les dommages et intérêts ne sont pas imposables dès lors qu'ils réparent la seule partie morale du préjudice.

Une mesure introduite par amendement parlementaire lors de l'ultime lecture, à l'article 106 de la LFSS pour 2007 prolonge au-delà de l'année 2010 et jusqu'en 2014 le bénéfice de l'exonération du prélèvement fiscal et social des indemnités de départ versées par les entreprises dans les branches professionnelles qui ont déjà signé des accords de mise à la retraite d'office avant 65 ans. Outre les pertes de recettes ainsi entraînées, la Cour relève que cette mesure n'est pas cohérente avec le développement recherché du travail des seniors.

F – Les dispositifs spécifiques à certaines professions

Les rémunérations versées aux apprentis[158], aux jeunes de 18 à 21 ans accueillis comme volontaires auprès d'un établissement public d'insertion de la défense et aux stagiaires de la formation professionnelle

155. Source estimation IGF IGAS (pour ces deux paramètres).
156. Source DARES.
157. Source INSEE Enquête 2002 sur la structure des salaires.
158. Qui bénéficient en outre d'un abattement d'assiette sur les cotisations sociales faisant l'objet d'une compensation par l'Etat.

sont exonérées de CSG. Le montant de la perte de recettes correspondante s'élève à 170 M€[159].

Par ailleurs, les prélèvements obligatoires ne portent normalement que sur les revenus nets des frais professionnels occasionnés par l'activité. Dans certains cas, ceux-ci peuvent, pour des raisons de simplicité, faire l'objet d'une évaluation forfaitaire plutôt que d'une prise en compte réelle sans qu'il en résulte nécessairement une perte de recettes. Cependant, si le forfait de frais professionnels est surévalué, il peut constituer pour les redevables un avantage conséquent.

Or, des déductions forfaitaires de 5 % à 40 % de la rémunération continuent de bénéficier à certaines professions[160] en matière sociale, alors qu'elles ont été, depuis longtemps, supprimées en matière d'impôt sur le revenu[161], en raison des disparités qu'elles induisaient entre contribuables exerçant des activités économiquement comparables. La perte de recettes s'élèverait à 800 M€[162] par an pour la sécurité sociale.

Par ailleurs, les articles L. 241-2 à L. 241-6 prévoient que « des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés ». Quarante et une catégories de salariés se voient ainsi appliquer des taux réduits de cotisations, des cotisations forfaitaires, des assiettes forfaitaires ou des assiettes ad hoc[163].

Ces dispositions relèvent de deux séries de préoccupations :

- prendre en compte la spécificité de certaines activités (serveurs payés uniquement au pourboire, personnes participant aux recensements, personnes employées au pair, participants à des manifestations tauromachiques…) ;
- et compenser les effets combinés de la pluralité d'employeurs et du plafonnement de certaines cotisations.

159. Source DLF.

160. Par exemple, journalistes, mannequins, internes des hôpitaux, commis de société de bourse, tisseurs sur métiers à bras des départements de l'Aisne, du Nord et de la Somme et ponceurs, mouleurs, entrecoupeurs et rogneurs de peigne d'Oyonnax …

161. Seule la mesure bénéficiant aux journalistes avait alors fait l'objet d'une compensation.

162. Source DLF (mesure n° 120303, années 1997 à 2000 actualisées).

163. Huit centimes d'euros par kg de noix traité pour les énoiseurs, 5 à 15 fois le SMIC horaire pour les participants à des courses de vaches landaises selon le nombre de troupeaux intervenant dans la manifestation.

Si, dans le premier cas, ces adaptations ont peut être permis de limiter les évasions d'assiette, les dispositions relevant du deuxième cas ont eu l'effet inverse. En effet, les arrêtés, pris à des dates où le plafonnement concernait la majorité des cotisations, fixent la compensation de l'éventuelle pluralité d'employeurs à des niveaux tels qu'elle excède aujourd'hui l'impact maximum de 15 % de celle-ci : elle est de 25 % pour les VRP, de 20 % pour les journalistes et de 30 % pour les professions médicales exerçant à temps partiel une activité pour le compte de plusieurs employeurs.

Aucun chiffrage n'est disponible pour ces mesures dont l'incidence est sans doute limitée.

II - Les revenus du patrimoine

Alors que la contribution sur les revenus d'activité et de remplacement est recouvrée selon les mêmes règles que celles appliquées pour les cotisations sociales, la contribution sur les revenus du patrimoine est recouvrée par voie de rôle et celle sur les produits de placement l'est sous forme de prélèvement libératoire.

Ces revenus supportent des prélèvements sociaux de 11 % (CSG au taux de 8,2 %, CRDS à 0,5 %, prélèvement social au taux de 2 % et contribution additionnelle au prélèvement social au taux de 0,3 %). Les pertes de recettes résultent soit d'une disposition expresse d'exonération, soit de taux réduits, soit de l'effet induit par un avantage fiscal[164].

1 – Les revenus de capitaux mobiliers

Quatre revenus de placement exonérés d'impôt sur le revenu le sont également de contributions sociales en vertu de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale. Il s'agit des intérêts des livrets A, jeune et d'épargne populaire ainsi que ceux produits par les sommes déposées sur un compte pour le développement durable (anciennement CODEVI).

43 millions de livrets A sont ouverts pour un encours total de 112 Md€ dont la moitié est détenue par des contribuables de plus de 60 ans. Parmi les détenteurs, 34 millions sont déclarants à l'impôt sur le

164. La Cour n'a pas considéré que les cas où l'imposition est reportée à la « sortie » du dispositif devaient être analysés comme constituant des exonérations.

revenu dont 24 millions imposables. Le montant de la perte de recettes est de 259 M€[165].

L'encours du livret jeune est de 6,4 Md€ et la perte de recettes sociales correspondante de 25 M€. L'encours du LEP de 56,5 Md€ et la perte de recettes de 188 M€ ; enfin l'encours des CODEVI de 47 Md€ et la perte de recettes de 108 M€. La perte de recettes sociales est ainsi, pour les trois livrets les plus importants, supérieure à la dépense fiscale correspondante[166].

Enfin, les plus-values sur valeurs mobilières ne sont taxées que si les cessions annuelles excèdent un certain seuil[167]. La perte de recettes sociales correspondante dépend de la performance annuelle des marchés. Elle peut être évaluée aux environs de 66 M€.

2 – Les revenus fonciers

A ces exonérations explicites, il convient d'ajouter celles résultant de la définition du revenu net fiscal qui sert, sauf exception, de base à la liquidation de la CSG. Selon l'article L. 136-6 du CSS, la « contribution sur les revenus du patrimoine [est] assise sur le montant net retenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu ».

La perte de recettes correspondant à la déduction des dépenses de grosses réparations et d'amélioration est estimée aux alentours de 484 M€[168].

Les dispositifs Besson ancien et nouveau, Périssol, Lienemann et Robien amputent les loyers perçus par certains bailleurs, soit d'une partie de l'amortissement de leur investissement, soit de déductions forfaitaires majorées qui ont pour effet de réduire le montant des revenus fonciers imposables. La perte de recettes correspondant à ces différents dispositifs, qui visent à développer et à améliorer l'offre de logements et dont le nombre de bénéficiaires se situe autour de 50 000, s'élève à 336 M€. Ce chiffrage portant sur 2005 n'intègre pas l'effet de la réforme de l'impôt sur le revenu mise en place par la loi de finances pour 2006 qui prévoit la

165. Les évaluations de pertes de recettes pour les revenus du patrimoine sont toutes déduites des estimations figurant dans l'annexe à la loi de finances relative aux dépenses fiscales.

166. Respectivement 240 M€, 30 M€, 90 M€ et 100 M€ ce qui signifie que les populations bénéficiaires ont un taux marginal d'imposition moyen inférieur à celui des contributions sociales (11 %).

167. 20 000 € par foyer fiscal pour 2007.

168. Sur la base d'un taux marginal d'imposition de 22,76% pour cette dépense fiscale.

suppression de la déduction forfaitaire de 14 % pour les bailleurs au régime réel d'imposition, en même temps l'abaissement de 40 % à 30 % du taux d'abattement au titre des charges pour le régime micro-foncier, ce qui accroît l'assiette sociale et donc les prélèvements sociaux.

III - Les prélèvements sociaux sur les prestations sociales

La croissance des dépenses sociales et la recherche de ressources supplémentaires pour la financer ont conduit le législateur à étendre, par l'institution de contributions sociales, l'assiette des prélèvements à toutes les catégories de revenus, y compris ceux consistant en des prestations sociales.

Si ces dernières sont longtemps restées exonérées, puisqu'il paraissait contradictoire de ponctionner les versements consécutifs à la survenance d'un risque pour en financer la couverture, la CSG maladie est aujourd'hui prélevée sur les pensions de retraite et des cotisations vieillesse sur les indemnités de chômage.

Toutefois, ces indemnités de chômage, de maladie et de préretraite et les pensions de retraite supportent, lorsqu'elles ne sont pas exonérées, des taux de contributions inférieurs à ceux qui s'appliquent aux revenus d'activité.

Leurs bénéficiaires en sont exonérés lorsqu'ils ne sont assujettis ni à l'impôt sur le revenu, ni à la taxe d'habitation et le taux est réduit à 3,8 % lorsqu'ils acquittent la taxe d'habitation, mais que le montant de leur impôt sur le revenu est inférieur au seuil de mise en recouvrement de 61 €. Hormis ces cas, le taux de la CSG sur les indemnités de chômage est fixé à 6,2 % alors que celui relatif aux retraites, aux allocations de préretraite et aux pensions d'invalidité est de 6,6 %.

Ainsi, au 31 décembre 2005, 41,4 % des retraités du régime général étaient exonérés, 13,6 % étaient soumis au taux de 3,8 % et 45 % au taux de 6,6 %.

Par ailleurs, l'application de la CSG aux allocations de chômage et de préretraite ne peut avoir pour effet d'en réduire le montant en deçà du montant du SMIC brut[169].

169. On relève d'ailleurs qu'assez curieusement, une telle disposition ne s'applique pas aux revenus d'activité, si bien qu'un « smicard » acquittera une CSG de 7,5 % alors qu'un chômeur percevant plus en sera exonéré.

Enfin, les pensions de retraite dont le bénéficiaire est titulaire d'un avantage de vieillesse non contributif alloué sous condition de ressources (allocation supplémentaire vieillesse financée par le FSV) sont entièrement exonérées de CSG, même si une partie de ces pensions n'est pas servie sous condition de ressources.

Les indemnités journalières de maladie sont aussi taxées au taux de 6,2 % alors que les capitaux et rentes viagères versées par le régime des AT/MP et les capitaux décès sont totalement exonérés.

Le montant de la perte de recettes correspondant aux retraites s'établit à 5,7 Md€, dont 4 Md€ du fait des exonérations[170], 0,5 Md€ du taux réduit et 1,3 Md€ du taux plein Celui des pertes de recettes correspondant aux indemnités de chômage s'élève à 1,5 Md€ dont 1,3 Md€ au titre de la part exonérée[171]. Enfin, les pertes liées aux indemnités journalières et aux rentes et capitaux AT/MP s'élèvent à 507 M€.

L'application du taux de droit commun de la CSG sur les salaires aux avantages non contributifs produirait un surplus de 208 M€ mais augmenterait, en supposant que l'on maintienne inchangé le niveau net du minimum vieillesse, les charges du FSV d'un montant équivalent.

Les allocations logement et les prestations familiales sont totalement exonérées de CSG mais soumises à la CRDS[172]. Les pertes de recettes correspondantes s'établissent respectivement à 1,1 Md€ et 2,5 Md€[173] dont 457 M€ au titre des minima sociaux (API et AAH). La perte de recettes relative au RMI s'élève à 481 M€. En cas de taxation, le montant net des minima sociaux et des prestations sous condition de ressources voire d'autres prestations familiales serait très certainement maintenu.

IV - Les cotisations des employeurs publics

La Cour a examiné l'assiette des cotisations des employeurs publics dans les rapports sur la sécurité sociale de septembre 2004 et 2005. Elle observait qu'elle dérogeait au droit commun du régime général

170. Celles-ci résultant pour une part du niveau réel des revenus et pour une autre de dépenses fiscales accordant des demi-parts supplémentaires pour contribuables vivant seuls après avoir eu un enfant à charge (4 300 000 bénéficiaires), invalides (1 380 000 bénéficiaires) ou de plus de 75 ans titulaires de la carte du combattant (430 000 bénéficiaires) ou procédant à un abattement de 10 % sur les pensions (12 300 000 bénéficiaires).

171. Source DSS.

172. Sauf API, AES, AGED.

173. Source DSS.

en excluant notamment les primes, le supplément familial de traitement et l'indemnité de résidence et que les taux de cotisations étaient établis à des niveaux parfois significativement inférieurs à ceux qui prévalent dans le secteur privé, notamment en matière d'assurance maladie.

Or, si l'on réserve le cas des régimes de retraite spécifiques au secteur public, pour les risques maladie et famille, aucune dérogation n'est justifiée. Les fonctionnaires de l'Etat, des collectivités territoriales et des établissements hospitaliers et ceux des entreprises publiques peuvent prétendre aux mêmes prestations d'assurance maladie en nature et aux mêmes prestations familiales que celles dont bénéficient les salariés du secteur privé.

Pourtant, si le taux de cotisation des allocations familiales des fonctionnaires d'Etat a été aligné sur celui des employeurs privés, les autres dérogations subsistent sans fondement.

A – Les cotisations maladie

Pour l'administration, le particularisme est justifié par l'obligation d'équilibre des recettes et dépenses de protection sociale des agents de l'Etat posée en 1945. Mais l'alignement complet des prestations en nature et la réforme comptable ont rendu caduque cette disposition. Les agents publics sont pour ces prestations affiliés au régime général au même titre que les salariés du secteur privé et rien ne justifie que l'Etat maintienne pour lui-même une assiette réduite et cotise à un taux moindre. La Cour réitère à cet égard sa double demande d'adaptation des textes et d'alignement de l'assiette et du taux sur ceux du secteur privé.

a) Le taux

La cotisation patronale des employeurs publics est calculée avec des taux variables mais toujours inférieurs au taux de parité (ce taux correspond au taux applicable dans le régime général pour un champ de prestations identique : les employeurs publics assurant directement les prestations en espèces, le taux de parité est inférieur au taux de droit commun).

S'agissant des fonctionnaires de l'Etat « le taux de la cotisation à la charge de l'Etat, au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, maternité et invalidité versées à ses fonctionnaires en activité et assise sur

les traitements soumis à retenue pour pension, est fixé à 9,70 %[174] » (article D. 712-38 1er alinéa).

Les prestations en espèces représentant environ 10 % des dépenses d'assurance maladie, on peut considérer que sur l'écart de taux global avec le secteur privé (de 3,85 %), 1,35 % correspond à la différence de prestations. L'insuffisance de taux, variable selon les employeurs publics, représente 2,5 points pour les fonctionnaires de l'Etat auquel il convient d'ajouter la perte induite par l'amputation de l'assiette.

b) L'assiette

L'assiette des cotisations en effet, est en outre incomplète, puisqu'elle n'intègre pas les primes, qui représentent en moyenne environ 20% des rémunérations soumises à cotisations.

c) La perte de recettes du régime général

Le montant de la perte de recettes peut donc être estimé à environ 4,5 Md€ pour l'ensemble du secteur public[175], dont 3,1 Md€ au titre de l'Etat qui se décomposent en 1,7 Md€ du fait du taux réduit et 1,4 Md€ résultant de l'incomplétude d'assiette à taux inchangé.

B – Les cotisations familiales

Si les taux de cotisation des employeurs du secteur public sont pour cette branche désormais presque tous alignés sur le niveau de droit commun[176], l'assiette reste définie par le 2ème alinéa de l'article D. 712-38 qui fait référence au « traitement soumis à retenue pour pension ». La perte de recettes correspondante est évaluée aux environ de 1,3 Md€ dont 0,75 Md€ au titre de l'Etat.

174. Dans le cas des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, le taux de cotisations est 11,5 % ; dans celui des industries électriques et gazières, il est de 10,10 %.

175. Source : calcul Cour des comptes sur la base du PLF 2007. Rapport sur les rémunérations et les pensions de retraite de la fonction publique (territoriale, d'Etat et hospitalière) pour les fonctions publiques et des informations communiquées par celles-ci pour les entreprises publiques.

176. 5,4 % à l'exception de la SNCF, de la RATP et des industries électriques et gazières dans lequel il reste fixé à 5,2 % pour les agents statutaires, parce que ces entreprises assurent elles-mêmes la gestion des prestations familiales en propre de leurs agents.

Le fondement de cette exclusion parait incertain même si le Conseil d'Etat en a récemment réaffirmé la validité juridique[177]. Depuis 1978, les prestations de la branche famille sont universelles même si les entreprises publiques, qui gèrent par ailleurs des régimes particuliers au titre des risques vieillesse ou maladie, en assurent encore le service. Ainsi l'article L. 212-1 du CSS dispose que : « le service des prestations familiales dues aux salariés de toute profession, aux employeurs et aux travailleurs indépendants des professions non-agricoles ainsi qu'à la population non active incombe aux caisses d'allocations familiales. Toutefois, certains organismes ou services peuvent être autorisés, par décret, à servir ces prestations aux salariés agricoles et aux personnels de l'Etat »[178].

Dès lors, la délégation consentie au gouvernement d'arrêter par décret les modalités de versement des prestations familiales à certaines catégories de salariés ne saurait emporter celle de fixer des assiettes et taux particuliers en matière de prestations familiales et de méconnaître ainsi les prérogatives du législateur et la lettre aussi bien que l'esprit de l'article L. 242-1. Les assiettes et les taux des cotisations patronales maladie et famille de tous les agents du secteur public devraient en conséquence être alignés sur ceux du secteur privé.

V - L'enjeu financier pour les ressources du régime général

Les exonérations qui affectent l'assiette sociale peuvent être distinguées en six catégories différentes sans interférence entre elles (voir tableau infra). En ce qui concerne les dispositifs relatifs aux entreprises, ils donnent lieu à des arbitrages avec la politique salariale de l'entreprise : en cas d'imposition sociale, les entreprises seraient sans doute conduites à réduire les montants distribués. L'hypothèse d'une dépense globale inchangée définit le minimum de gains qui peut être attendu d'une imposition générale. Néanmoins, il convient de rappeler que pour certaines évaluations, il ne s'agit que d'estimations qui reposent parfois sur des données fragmentaires ou anciennes.

En outre, il ne saurait être inféré des estimations réalisées par la Cour que la suppression de ces dispositifs permettrait un retour rapide et

177. CE Arrêt UFE du 5 juillet 2006.

178. La Cour relève d'ailleurs que ce texte ne mentionne pas les entreprises publiques et que le service des prestations familiales devrait donc en être assuré par le réseau des CAF. Dès lors le fondement juridique de ces délégations de gestion est incertain.

indolore à l'équilibre des comptes sociaux. Elle pourrait au moins permettre de réduire le taux en contrepartie de l'extension de l'assiette.

Un point particulier a été fait pour estimer l'incidence de ces différents dispositifs sur le seul régime général. Dans certains cas, cette appréciation n'est pas immédiate, car il convient de déduire des évaluations et estimations effectuées :

- les mesures déjà compensées en application de la loi de 1994 précitée (ce point ne pose pas cependant de problème méthodologique, le montant de 22,4 Md€ en est connu) ;
- l'incidence de l'augmentation des prestations lorsqu'elles constituent des minima sociaux ou sont sous condition de ressources afin d'en maintenir le montant : le gain global serait réduit de 1,6 Md€ ;
- le coût supplémentaire qui serait supporté dans certains cas par les régimes : c'est en particulier le cas des établissements publics hospitaliers, financés par l'assurance maladie, ce qui conduit à défalquer du total un montant de 1,2 Md€ ;
- la part qui finance les divers établissements publics ou caisses qui reçoivent une partie des contributions sociales (CNSA, FSV, FRR, CADES) a été évaluée à 1,5 Md€.

Le tableau résumé suivant permet de mettre en évidence les enjeux financiers globaux pour le seul régime général, et pour chaque catégorie de mesures. Pour les dispositifs d'entreprise, il a été indiqué le maximum et le minimum en jeu.

En Md€

Dispositif	Enjeu pour le régime général
Mesures emploi	2,1
Dispositifs d'entreprise :	19,8 / 15,3
Association des salariés au résultat	8,3 / 6,0
Protection sociale en entreprise	5,1 / 3,6
Indemnités de départ	3,9 / 3,2
Salaires affectés	2,5
Populations spécifiques	0,9
Revenus de remplacement et de complément	8,4
Revenus de capitaux mobiliers et fonciers	0,8
Cotisations des employeurs publics	4,6

Source : Cour des comptes

Deux enseignements complémentaires peuvent être retirés de ces données :

- le tableau ci-après indique une estimation du montant d'exonération par individu. Là encore, l'hétérogénéité est frappante. Certains paraissent anormalement élevés, notamment dans le cas des stock-options ;

Montant estimé des exonérations par bénéficiaire

En €

Mesures	Montant estimé par bénéficiaire
Stock-options	30 000
Indemnités de mise en retraite	6 000
Indemnités de licenciement	4 000
Prévoyance collective en entreprise	200

Source : Cour des comptes

- on peut aussi s'intéresser à l'effet sur les seules entreprises : alors que les exonérations de cotisations sociales se concentrent principalement sur les petites entreprises (59 % des exonérations bas salaires bénéficient aux entreprises de moins de 50 salariés, soit un coût de 9,5 Md€ en 2005), les mesures relatives à l'intéressement, à la participation, à la retraite d'entreprise et aux stocks-options et actions gratuites bénéficient, de droit ou de fait, aux seules entreprises de plus de 200 salariés et entraînent une perte de recettes d'un peu plus de 10 Md€. Si les montants des pertes de recettes sont proches, rapportés à la masse salariale des entreprises, l'incidence reste différente. Il n'en demeure pas moins que ces dispositifs génèrent de fortes distorsions entre entreprises.

Cette distorsion justifierait la mise à l'étude d'une réforme de la part patronale des cotisations sociales, recherchant une assiette plus large qui permettrait de réduire à due concurrence le taux appliqué. Cette contribution offrirait l'avantage de la neutralité au regard des différentes formes de rémunération et de la taille de l'entreprise.

Le tableau récapitulatif détaillé qui suit permet d'évaluer pour chaque mesure le montant maximum de pertes d'assiette, l'enjeu induit pour le régime général, le nombre de bénéficiaires lorsqu'il est connu, et donc le montant moyen par bénéficiaire.

Dispositif	Pertes brutes de recettes	Dont cotisations	Dont contributions	Enjeu pour l'équilibre du régime général	Nombre de bénéficiaires	Soit par bénéficiaire
Mesures emploi	**22 408**	**22 408**	**0**	**2 146**	**NA**	**NA**
Association des salariés au résultat	**8 268**	**8 268**	**0**	**8 268**	**NA**	**NA**
Dont participation	2 437	2 437	0	2 437	4 670 000	522 €
Dont intéressement	2 247	2 247	0	2 247	3 880 000	579 €
Dont abondement PEE	534	534	0	534	2 570 000	208 €
Dont PERCO	50	50	0	50	115 000	435 €
Dont stock-options et actions gratuites	3 000	3 000	0	3 000	100 000	30 000 €
Protection sociale en entreprise	**5 114**	**5 114**	**0**	**3 114**	**NA**	**NA**
Dont retraite	1 049	1 049	0	1 049	2 000 000	525 €
Dont prévoyance	4 065	4 065	0	2 065	20 000 000	203 €
Salaires affectés	**2 672**	**2 191**	**480**	**2 522**	**NA**	**NA**
Dont titres restaurant	926	759	166	874	2 500 000	370 €
Dont frais de transport	265	217	48	250	1 600 000	166 €
Dont chèque vacances	119	98	21	113	2 200 000	54 €
Dont comité d'entreprise	1 362	1 117	245	1 285	3 000 000	454 €
Indemnités de départ	**4 129**	**3 409**	**720**	**3922**	**NA**	**NA**
Dont retraite	537	443	94	510	90 000	5 967 €
Dont licenciement	3 592	2 966	626	3 412	870 000	4 129 €
Populations spécifiques	**970**	**800**	**170**	**921**	**NA**	**NA**

Dispositif	Pertes brutes de recettes	Dont cotisations	Dont contributions	Enjeu pour l'équilibre du régime général	Nombre de bénéficiaires	Soit par bénéficiaire
Dont 109 professions	800	800	0	800	50 000	16 000 €
Dont apprentis	170	0	170	121	270 000	628 €
Prestations sociales	**11 994**	**0**	**11 994**	**9 234**	**NA**	**NA**
Dont pensions de retraite et d'invalidité,	5 908	0	5 908	4 618	11 000 000	537 €
Dont allocations de chômage	1 480	0	1 480	1 136	1 800 000	822 €
Dont IJ et rentes AT/MP	507	0	507	464	NA	NA
Dont allocations logement	1 100	0	1 100	0	1 500 000	733 €
Dont prestations familiales	2 518	0	2 518	1 732	5 000 000	504 €
Dont RMI	481	0	481	481	1 100 000	438 €
Revenus de capitaux mobiliers	**622**	**0**	**622**	**339**	**5 300 000**	**117 €**
Revenus fonciers	**820**	**0**	**820**	**447**	**NA**	**NA**
Dont soutien investissement locatif	336	0	336	183	50 000	6 720 €
Dont grosses réparations	484		484	264	?	?
Cotisations des employeurs publics	**6 001**	**6 001**	**0**	**4 595**	**NA**	**NA**
Dont Etat	3 827	3 827	0	3 627	2 550 000	1 501 €
Dont collectivités territoriales	683	683	0	683	1 425 000	479 €
Dont établissements publics hospitaliers	1 206	1 206	0	0	910 000	1 325 €
Dont secteur public marchand	285	285	0	285	500 000	570 €

SYNTHÈSE

De nombreux dispositifs d'exonération, de réduction ou de redressement d'assiette se sont superposés et conduisent à minorer les produits des régimes, et notamment du régime général. S'il est difficile d'estimer le montant des pertes, compte tenu des effets induits sur le comportement des acteurs d'une remise en cause des avantages ainsi accordés, il est évident que les enjeux sont très élevés, à la mesure de la multiplicité et de l'ampleur des différents dispositifs.

Ces mesures font l'objet d'une information partielle du Parlement chaque année. Mais cette information, limitée aux montants estimés des abattements, ne constitue pas un bilan actualisé (même estimatif) des coûts/avantage de chaque dispositif. De même, on ne dispose pas d'éléments précis sur les effets potentiels (réduisant l'impact attendu, ou éventuellement indésirable) en cas de remise en cause. Dans un contexte de déficits publics importants, la Cour souligne la nécessité d'une telle approche évaluative périodique.

Un objectif général de réduction de ces dispositifs devrait être retenu. Il permettrait au moins de baisser le taux en contrepartie de l'extension de l'assiette. En effet les distorsions induites par les différents dispositifs d'exonération entre les entreprises justifient une remise à plat d'ensemble et la recherche de l'assiette la plus large autorisant un taux global plus faible qu'aujourd'hui. Quant aux modalités de calcul des contributions des employeurs publics, elles induisent une inégalité de traitement injustifiable avec les employeurs du secteur privé.

L'examen de la concentration par individu bénéficiaire- des avantages accordés conduit à recommander en particulier la suppression ou le plafonnement de l'exonération des cotisations sociales appliquées à la plus-value d'acquisition des stock-options, aux déductions forfaitaires spécifiques dont bénéficient certaines professions et aux avantages de départ en retraite et de licenciement.

RECOMMANDATIONS

14. Compléter l'annexe 5 du PLFSS par une évaluation périodique de l'efficacité des différents dispositifs d'exonération des cotisations et contributions sociales au regard des objectifs assignés.

15. Réexaminer ou plafonner les exonérations de cotisations sociales appliquées à la plus-value d'acquisition des stock-options, aux déductions forfaitaires spécifiques dont bénéficient certaines professions et aux avantages de départ en retraite et de licenciement.

16. Aligner les taux et les assiettes des cotisations patronales famille et maladie du secteur public sur ceux du secteur marchand.

Chapitre VII

La nouvelle gouvernance nationale de l’assurance maladie

PRÉSENTATION

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie comporte trois titres : l'organisation de l'offre de soins et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (titre I), les dispositions relatives à l'organisation de l'assurance maladie (titre II) et son financement (titre III).

Les dispositions relatives à l'organisation prévoient une réforme importante des institutions de l'assurance maladie avec la création de l'UNCAM et une nouvelle distribution des pouvoirs au sein de la CNAMTS. La délégation de compétences confiée aux caisses d'assurance maladie par l'Etat est élargie et la participation de l'assurance maladie à l'encadrement et à la surveillance des dépenses est accrue. Une autorité scientifique indépendante, la Haute Autorité de santé est créée. Enfin, pour la première fois, en dehors des négociations conventionnelles, une place officielle est accordée dans la prise de décision aux partenaires de l'assurance maladie, institutions de protection complémentaire et professions de santé.

Les développements ci-dessous ont pour objet d'observer comment ont été mises en place ces nouvelles structures et procédures de décision et d'en tirer les premiers enseignements.

I - La réorganisation des régimes obligatoires

A – La redéfinition des pouvoirs au sein du régime général

L'accroissement du rôle des caisses nationales à l'égard des caisses locales, personnes morales autonomes, s'inscrit dans un mouvement progressif mais continu impulsé par l'Etat depuis de nombreuses années. La loi du 13 août 2004 accentue fortement cette tendance dans la seule branche maladie du régime général en accordant au directeur général de la CNAMTS des pouvoirs importants sur les caisses.

Au sein des caisses du régime général, les pouvoirs de l'exécutif sont considérablement accrus alors que les pouvoirs des conseils (qui ne sont plus d'administration) sont recentrés sur les tâches d'orientation.

Le directeur, devenu directeur général de la CNAMTS, reste nommé par décret en conseil des ministres, le conseil de la caisse pouvant seulement s'opposer à sa nomination à la majorité des deux tiers. Symétriquement, il ne peut être mis fin à son mandat avant le terme de

cinq ans[179] que si la même majorité du conseil exprime un avis favorable. Il dispose d'un pouvoir élargi. La loi (art L. 221-3-1) lui confie le pouvoir de direction sur l'établissement, la responsabilité du bon fonctionnement de l'ensemble des caisses (nationale, régionales et locales) et lui attribue à cette fin la capacité de prendre toute décision nécessaire et d'exercer toute compétence non dévolue à une autre autorité, notamment au conseil.

Il a autorité sur le réseau des caisses régionales et locales. Il peut suspendre ou annuler toute délibération ou décision prise par une caisse locale ou régionale qui méconnaîtrait les dispositions de la convention d'objectifs et de gestion signée entre l'Etat et la CNAMTS ou du contrat pluri annuel de gestion signé entre la CNAMTS et la caisse locale. Cette autorité trouvera d'autant plus à s'exercer que les conseils d'administration deviennent des conseils sans responsabilité de gestion. Les caisses locales conservent une personnalité juridique et donc une indépendance formelle, mais, de fait, le réseau de la CNAMTS est désormais hiérarchisé.

Les modalités de nomination des directeurs locaux sont à cet égard emblématiques. C'est le directeur général de la CNAMTS qui les nomme et met fin à leurs fonctions[180], sauf opposition des conseils des caisses primaires à la majorité des deux tiers.

B – Une meilleure coordination des régimes de base

Parmi les réformes résultant de la loi du 13 août 2004, l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) apparaît à bien des égards comme une composante essentielle de la nouvelle gouvernance. Elle rassemble dans un même établissement public administratif les trois principaux régimes d'assurance maladie, le régime général, le régime social des indépendants (RSI) et la mutualité sociale agricole (MSA).

Cette union des régimes existe au niveau régional depuis les ordonnances de 1996 qui ont créé les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM). L'idée qui a présidé à la création de l'une et des autres est identique : la maîtrise des dépenses par une gestion du risque dirigée notamment vers les professionnels de santé suppose une meilleure coordination des régimes.

179. Cette désignation pour cinq ans existe dans d'autres cas rares, par exemple pour la caisse des dépôts et consignations.

180. Nommés auparavant par les conseils d'administration dont ils n'étaient jusqu'en 1960 que les mandants, les directeurs étaient depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 nommés par le directeur de la CNAMTS sur la base du choix effectué par les conseils parmi les trois noms proposés par le directeur de la CNAMTS.

Un équilibre institutionnel a été trouvé pour garantir une place au RSI et à la MSA en dépit du poids prépondérant du régime général en termes d'assurés et de prestations servies (85 %)[181], même si l'UNCAM ne dispose pas de moyens de gestion propres et dépend étroitement de la CNAMTS pour son fonctionnement. Elle a d'ailleurs le même directeur général que la CNAMTS.

La loi du 13 août 2004 a réparti les pouvoirs respectifs de la CNAMTS et de l'UNCAM. L'énumération, non limitative il est vrai, des pouvoirs du directeur général de la CNAMTS est nettement centrée sur l'organisation et la gestion du réseau de caisses. Au contraire, le rôle de l'UNCAM (art. L. 182-2) est orienté sur les droits des assurés et les relations avec les professions de santé et, de manière générale, sur tout ce qui impacte les dépenses d'assurance maladie.

Subsistent cependant des zones d'incertitude qui rendent parfois difficile la distinction des compétences et responsabilités. Le conseil de la CNAMTS détermine « les orientations relatives à la contribution de l'assurance maladie à la mise en œuvre de la politique de santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins, y compris des établissements de santé, et au bon usage de la prévention et des soins ». Il détermine également « les orientations de la politique de gestion du risque » (article L. 221-3 du CSS). Or, il s'agit là de compétences plutôt dévolues à l'UNCAM qui négocie avec les professionnels de santé des conventions dont le champ est maintenant tellement étendu (v. infra) qu'il englobe les questions d'organisation et de permanence des soins, de démographie médicale etc.

De même, ce sont les caisses nationales qui doivent faire des propositions de redressement quand le seuil d'alerte est atteint (v. infra) alors que c'est l'UNCAM qui décide de la prise en charge des actes et prestations et qui fixe le montant du ticket modérateur.

Cette difficulté à séparer les compétences de la CNAMTS et de l'UNCAM est manifeste dans certaines dispositions de la COG que l'Etat a signée avec la CNAMTS en août 2006. Son article 1.5.2 intitulé « faire évoluer, sur des bases scientifiques transparentes, la prise en charge des

181. Le conseil de l'UNCAM est composé de 18 membres, 12 membres désignés par le conseil de la CNAMTS en son sein dont le président, 3 membres désignés par le conseil d'administration du RSI en son sein dont le président, 3 membres désignés par le conseil d'administration de la CCMSA en son sein dont le président. Les présidents des trois caisses composent le bureau du conseil de l'UNCAM qui assure la permanence entre les réunions du conseil. Le collège des directeurs est composé des directeurs des trois caisses nationales. Le directeur de la CNAMTS dispose de deux voix et assure les fonctions de directeur général de l'UNCAM.

prestations les moins efficaces et favoriser une gestion cohérente des prix » concerne le champ de compétences de l'UNCAM.

C'est également dans la COG entre l'Etat et la CNAMTS que les deux parties s'engagent à faciliter l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires alors que c'est l'avenant n° 20 à la convention médicale du 12 janvier 2005, négociée par le directeur général de l'UNCAM, qui fixe les aides apportées pour l'installation des praticiens dans les zones déficitaires.

Il conviendrait de clarifier les rôles que l'Etat a respectivement confiés à la CNAMTS et à l'UNCAM et par là même celui de l'Etat. Une solution, a minima, serait de transférer dans une convention entre l'Etat et l'UNCAM les engagements inclus à tort dans la COG de la CNAMTS.

La mise en place de l'UNCAM organise la coopération entre régimes au niveau national. Elle est également l'occasion de structurer la coopération interrégimes au niveau régional. L'UNCAM signe avec chaque URCAM un contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion interrégimes ; le directeur général de l'UNCAM nomme et peut mettre fin aux fonctions des directeurs et agents comptables des URCAM (art. L. 183-2-3 et L. 183-3 CSS) après avis des directeurs des deux autres régimes et en l'absence d'opposition des deux tiers des membres du conseil de l'URCAM concernée.

II - La redistribution des responsabilités

La loi du 13 août 2004 réorganise la répartition des pouvoirs de décision, de régulation et d'expertise, ainsi que les modalités d'association à l'exercice de ces pouvoirs. Elle répond ainsi aux suggestions du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) ainsi qu'aux critiques, notamment du MEDEF, qui s'était retiré des conseils d'administration au motif de la confusion des rôles entre l'Etat et les caisses d'assurance maladie.

Le législateur recentre l'action de l'Etat sur la détermination des objectifs et des principes généraux de l'assurance maladie, tout en lui conservant les moyens d'agir directement en cas de difficulté, en raison de sa responsabilité politique à l'égard des citoyens. Dès lors, il institue ou renforce des structures indépendantes chargées de participer notamment à la régulation des dépenses, mais sans leur conférer la plénitude des outils pour exercer leurs compétences. Enfin, il entend associer les organismes complémentaires et les professions de santé aux décisions qui les concernent.

A – Un transfert de compétences de l'Etat à l'UNCAM à portée limitée

En tant que gardien de l'ONDAM, l'UNCAM hérite de certaines compétences exercées précédemment par l'Etat, à savoir l'admission au remboursement des actes et prestations et la fixation du niveau des remboursements.

1 – La fixation du ticket modérateur

L'UNCAM détermine le niveau du ticket modérateur, du forfait hospitalier ainsi que la valeur du nouveau forfait par acte et par consultation.

Les pouvoirs de l'UNCAM sont cependant encadrés. Ainsi, les variations de taux de ticket modérateur autorisées à l'UNCAM sont strictement limitées par un décret du 30 décembre 2004, dit décret couloir, qui fixe des bornes supérieures et inférieures de variation de plus ou moins cinq points par rapport au taux de remboursement en vigueur lors de son adoption (art R. 322-1 du code de la sécurité sociale).

La loi du 13 août 2004 donnait compétence à l'UNCAM pour fixer, réduire ou supprimer la participation de l'assuré. Le législateur a rétabli dès 2006 la compétence de l'Etat pour réduire ou supprimer cette participation [182]. Cette modification a permis aux pouvoirs publics d'instaurer par décret la participation de 18 € réclamée à l'assuré pour les actes d'un montant supérieur à 91 €. Cette mesure est en effet juridiquement une réduction de la participation de l'assuré[183]. Ce décret a été signé alors que la majorité des membres du conseil de l'UNCAM s'était prononcée défavorablement sur le projet dans un avis qui cependant ne liait pas juridiquement le gouvernement.

Mais ce sont surtout les conditions de la mise en œuvre de la compétence donnée à l'UNCAM de faire varier globalement les taux de remboursement qui posent question. Réduire de plusieurs points le taux de remboursement de telle catégorie d'actes ou de produits de santé serait une décision politiquement sensible car visant une part très importante de

182. Article 70 de la LFSS 2006 modifiant de nouveau les articles L. 322-2 et L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

183. Le principe est le paiement d'un ticket modérateur proportionnel au tarif de base. Par dérogation, ce reste à charge n'était pas acquitté par l'assuré au-delà de 91€. Cette dérogation a été supprimée et désormais la participation de l'assuré a été « réduite » à une participation forfaitaire de 18€ au-delà de ce seuil.

la population. Le ministre garde, il est vrai, le pouvoir de s'opposer aux décisions de l'UNCAM pour des motifs de santé publique.

Finalement, cette compétence n'a pas encore trouvé à s'appliquer.

2 – Les médicaments remboursables

La loi du 13 août 2004 transfère à l'UNCAM le choix du taux du ticket modérateur qui s'applique à chaque médicament délivré en officine. Ce transfert de compétence en lieu et place du ministre a pour intérêt de mettre en cohérence la responsabilité du gestionnaire et les outils dont il dispose.

Toutefois, dès lors que la décision est fonction du service médical rendu (SMR) déterminé par la commission de la transparence[184], il est possible de s'interroger sur l'apport de l'intervention de l'UNCAM. De surcroît, la détermination du prix auquel s'applique le taux de remboursement échappe à l'UNCAM puisqu'il est fixé par le comité économique des produits de santé (CEPS), en accord avec les laboratoires. Le CEPS est en principe encadré dans ses décisions par le classement comparatif opéré par la commission de la transparence en termes d'utilité relative[185] mais le déterminant essentiel reste bien la politique du médicament décidée par le Gouvernement.

Enfin, le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale conserve une compétence propre lorsqu'il s'agit de supprimer toute participation de l'assuré à l'acquisition d'une spécialité reconnue comme « irremplaçable et particulièrement coûteuse », c'est-à-dire prononcer un taux de remboursement du médicament à 100 %[186]. Cette décision intervient après avis de la commission de la transparence. Le ministre peut également décider d'écarter l'avis de la commission de la transparence pour des raisons sociales.

Ainsi les transferts de compétences que le législateur réalise en matière de médicaments apparaissent-ils assez limités, puisque l'Etat

184. Commission spécialisée de la HAS qui évalue le SMR du médicament et le classe sur une échelle de 1 à 5 en fonction de critères uniquement médicaux. Le directeur de l'UNCAM fixe le taux de remboursement du produit en fonction de l'avis de la HAS : 65 % pour un SMR majeur, 35 % pour un SMR modéré ou faible en fonction de l'avis rendu par la commission de la transparence. Toutefois l'Etat et l'assurance maladie ont dans les domaines de compétence qui leur sont propres la possibilité juridique de ne pas suivre ces avis.

185. Amélioration du service médical rendu ou ASMR. Cf. chapitre IX relatif à la dépense de médicament.

186. Article R. 322-2, 1er alinéa, du code de la sécurité sociale.

conserve l'essentiel des pouvoirs notamment celui de s'écarter des conclusions de la commission de la transparence.

3 – L'inscription à la nomenclature des actes et prestations

Dans la même logique que pour le médicament, la loi du 13 août 2004 a modifié les conditions d'inscription des actes à la nomenclature et les modalités de leur tarification[187].

La loi du 13 août 2004 transfère à l'UNCAM les compétences d'inscription et de radiation des actes et prestations autrefois exercées par l'Etat. Les décisions interviennent après avis de la HAS et de l'UNOCAM (v. infra). Toutefois l'Etat peut s'opposer à une inscription ou une radiation par un avis motivé. Il peut également inscrire et radier d'office pour des motifs de santé publique après avis de la HAS. Ce transfert assure aux partenaires conventionnels que les résultats des négociations seront intégralement pris en compte (dans le passé, la critique formulée était que l'Etat pouvait par des mesures de nomenclature perturber l'équilibre défini par les négociations conventionnelles tarifaires).

Cependant, l'UNCAM, qui a également hérité de la compétence de négociation et de signature des conventions avec les professionnels de santé, tend à fusionner ses compétences en matière conventionnelle avec ses compétences dans le champ des nomenclatures. Elle transfère de fait dans le champ de la négociation conventionnelle des pouvoirs précédemment détenus par l'Etat et que la loi du 13 août 2004 lui avait attribués.

B – Un renforcement des structures concourant à la régulation des dépenses

Initiée en 1993 avec la création de l'agence du médicament, la politique tendant à sortir de la sphère ministérielle les décisions à fort contenu scientifique ou technique a été renforcée par la loi du 13 août 2004 avec à la fois la création de la Haute Autorité de santé et l'élargissement des pouvoirs du CEPS. La création du comité d'alerte

187. Voir le chapitre VIII relatif aux médecins libéraux.

répond à une volonté analogue d'objectivité des constats et de transparence à l'égard de la population[188].

1 – La création de la HAS

La création de la Haute Autorité de santé revêt un caractère symbolique important. Le législateur entend instaurer une expertise scientifique impartiale qui objectiverait les décisions de l'administration.

La HAS est une autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale. Son instance délibérante est constituée d'un collège de huit membres désignés pour six ans à raison de deux par le Président de la République, deux par le président de l'Assemblée nationale, deux par le président du Sénat et deux par le président du Conseil économique et social. Les huit membres du collège sont désignés en raison de leur qualification et de leur expérience dans les domaines de compétence de la HAS. Quatre appartiennent au corps médical et quatre ont développé des compétences juridiques et économiques ou de gestion du système de santé.

L'action des membres du collège s'appuie sur une structure de près de 400 collaborateurs permanents dont une forte proportion provient d'instances qui préexistaient à la HAS.

Des compétences étendues

La HAS a remplacé l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) mais également le FOPIM[189] et repris des compétences exercées précédemment par d'autres structures, en particulier la commission de la transparence antérieurement rattachée à l'AFSSAPS. Son champ d'intervention est volontairement large comme le montre l'intitulé des sept commissions spécialisées qui la composent.

Une commission a en charge la certification des établissements de santé. Une autre doit concourir à l'amélioration de la qualité de l'information médicale et à sa diffusion. Une troisième est plus

188. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), précédemment créé par un décret du 9 octobre 2003 pour évaluer le système de l'assurance maladie et proposer notamment des mesures financières relevait également de cette même logique. Il a été pérennisé par la LFSS 2006.

189 . Le fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM) avait été créé par la LFSS pour 2001. Il avait pour objet de fournir aux professionnels de santé une information publique claire, précise et concise, validée scientifiquement, utilisable dans leur pratique quotidienne, sur le bon usage des médicaments

spécifiquement en charge des ALD. Enfin quatre commissions ont une mission d'évaluation des actes professionnels, des médicaments, des dispositifs et technologies de santé et des stratégies de santé.

L'étendue de ces attributions augmente les risques de compétences croisées avec d'autres structures et donc les nécessités de concertation. La loi (art L. 161-37 du CSS) prévoit explicitement que la HAS travaille en liaison avec l'AFSSAPS, l'INVS et l'AFSSA. Cette liste n'est pas limitative. La HAS travaille également avec l'INPES en matière d'éducation thérapeutique ou avec l'INCa, groupement d'intérêt public créé par la loi du 9 août 2004 afin de coordonner l'ensemble des actions de prévention et de traitement des pathologies du cancer.

Parfois, les structures peuvent s'accorder pour se répartir les travaux. Ainsi, les référentiels de bon usage des médicaments hors AMM ont vu leur élaboration partagée entre la HAS, l'INCa et l'AFSSAPS ; en 2006 la HAS a limité son rôle aux dispositifs médicaux afin de se consacrer à ses missions d'évaluation.

Dans d'autres cas l'Etat a pu décider de l'organisme qu'il saisit. Ainsi, lorsque certains dermatologues ont contesté la place qui leur était assignée dans le parcours de soins, c'est à l'INCa que le ministre a demandé d'expertiser si le recours obligatoire au médecin traitant avant la consultation d'un dermatologue augmentait les risques de moindre détection des mélanomes alors même que la HAS venait de publier une recommandation sur la stratégie de diagnostic précoce du mélanome.

Les compétences attribuées à la HAS ont été exercées avec d'autant plus de célérité qu'elles lui préexistaient, par exemple la certification des établissements de santé par l'ANAES ou l'évaluation des médicaments par la commission de la transparence. Mais les synergies entre les commissions, qui étaient un des motifs du regroupement de toutes les missions dans une seule structure, peinent à s'instaurer. A contrario, le traitement du dossier de l'ostéoporose pour lequel ont été intégrées les conclusions de l'évaluation de l'acte d'ostéodensitométrie, les conclusions de la réévaluation des médicaments et, en les actualisant, les recommandations de diagnostic, de traitement et de suivi est un exemple de l'approche intégrée que permet la HAS.

Par ailleurs, la question fondamentale de la place du critère économique dans les décisions continue à se poser comme l'illustre l'ambiguïté de la notion d'amélioration du service médical rendu (ASMR) qui repose sur une évaluation technique mais également sur des arbitrages économiques qui restent implicites (voir le chapitre IX).

Un rôle partagé entre régulation et expertise

Dans certains cas la HAS exerce en propre des pouvoirs décisionnels (certification des hôpitaux ou élaboration de référentiels) dans d'autres elle est sollicitée pour rendre des avis, en particulier en matière de médicaments, qui ne s'imposent pas juridiquement au Gouvernement. Enfin, ce dernier a la faculté de solliciter l'avis de la HAS sur un sujet ponctuel. Le ministre a ainsi confié à la HAS une réflexion sur les transferts de compétences entre les ophtalmologues et les opticiens, mais n'en a d'ailleurs pas attendu les conclusions pour modifier la législation (art. 54 de la LFSS 2007).

La HAS est ainsi confrontée à la difficile articulation entre avis scientifique et décision politique dans des termes qui ne sont pas fondamentalement différents de ce qu'ils seraient si elle n'était pas une haute autorité indépendante mais un établissement public. Toutefois, la durée du mandat des membres du collège et l'indépendance à l'égard de pressions politiques ou industrielles favorisent le développement de la confiance chez les professionnels et les usagers.

2 – Les nouveaux pouvoirs du CEPS

Le CEPS, placé auprès des ministres compétents, applique les orientations définies dans le cadre des LFSS en matière de fixation des prix des médicaments et autres produits de santé, de suivi des dépenses et de régulation du marché.

La loi du 13 août 2004 a transféré au CEPS des pouvoirs qui relevaient des ministres, plus particulièrement dans trois situations. Dans le cas où il faut imposer un prix après échec de la négociation avec le laboratoire, ce prix est désormais fixé par décision du comité. Le CEPS est également formellement responsable de la fixation des tarifs forfaitaires de responsabilité et non plus seulement de la préparation de la décision des ministres. Enfin le pouvoir d'opposition à la décision majoritaire du comité par un de ses membres, entraînant l'arbitrage des ministres disparaît. Les ministres conservent cependant le pouvoir de substituer leur décision à celle du comité dans un délai de 15 jours.

Avant la loi du 13 août 2004, le CEPS comprenait des représentants des administrations et un seul représentant des caisses d'assurance maladie. En faisant entrer quatre payeurs au comité, trois représentants des caisses d'assurance maladie et un représentant des

organismes complémentaires (UNOCAM), la loi tend à en déplacer le centre de gravité [190] sans bouleverser la logique de son fonctionnement.

3 – La création d'un comité d'alerte

Le comité d'alerte est composé de trois membres : le secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale (nommé pour trois ans par le Premier président de la Cour des comptes), le directeur général de l'INSEE (nommé par le Gouvernement) et une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique et social. Le comité d'alerte n'a pas de service propre mais fonde son avis notamment sur les travaux et auditions des services de l'Etat et des caisses nationales.

Chaque année, au plus tard le 1er juin, le comité rend un avis sur le respect de l'ONDAM. Lorsqu'il considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'ONDAM de plus de 0,75 %[191], il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses d'assurance maladie, à charge pour ces dernières de proposer des mesures de redressement dans le délai d'un mois.

Le comité d'alerte n'est ni une instance de conseil scientifique, ni une instance dotée de pouvoirs de décision. Sa composition en fait un organe indépendant qui a l'obligation de faire état des risques de dépassement des objectifs. Il a pour mission de faire la transparence sur la situation financière de l'assurance maladie et d'amener les pouvoirs publics à prendre des décisions si le seuil d'alerte est atteint.

La simple annonce, en temps utile, de mesures de maîtrise des dépenses des hôpitaux, des cliniques et des médicaments (voir chapitre III C) a permis d'éviter la mise en oeuvre de la procédure d'alerte à l'automne 2006. En revanche, après avoir souligné dès avril 2007 qu'il existait un risque de dépassement de l'ONDAM, le comité d'alerte a déclenché le 29 mai 2007 la procédure d'alerte. Chaque caisse -CNAMTS, CCMSA et RSI- a proposé le 19 juin 2007 ses mesures d'économie pour un montant de 1,5 Md€ en année pleine, laissant à l'Etat la responsabilité de choisir entre ces mesures. Le comité d'alerte a estimé dans son avis du 29 juin 2007 le montant total d'économies compris entre 1,6 Md€ et 2,4 Md€ en année pleine, et entre 430 M€ et 800 M€ sur

190. Le CEPS est désormais composé outre un président et deux vice présidents de quatre représentants de l'Etat, de trois représentants des caisses d'assurance maladie et d'un représentant des organismes complémentaires.

191. Aux termes du décret du 12 octobre 2004 pris en application de l'article L. 114-4-1 du CSS.

l'année 2007. Il en a conclu que les mesures proposées sont insuffisantes pour que l'ONDAM soit respecté en 2007.

Sous la menace de l'intervention du comité d'alerte, le suivi des dépenses devient ainsi une préoccupation plus présente qu'elle ne l'était dans les travaux du conseil d'administration de la CNAMTS avant 2004.

C – Une association des organismes nouvellement créés qui peine à s'imposer

1 – La création de l'UNOCAM

Même si la part de dépenses de santé prise en charge par les organismes complémentaires n'a pas évolué ces dernières années, celle de l'assurance maladie étant globalement stable, cette stabilité cache des évolutions divergentes : davantage de personnes prises en charge à 100 % par l'assurance maladie et un moindre taux moyen de remboursement pour les autres. Il en résulte que la protection complémentaire revêt une grande importance pour une partie croissante de la population.

Dès lors, les décisions de retrait de l'assurance maladie ayant des conséquences importantes pour l'équilibre financier des institutions complémentaires et les droits de leurs adhérents, il était légitime que les organismes d'assurance maladie complémentaire soient associés aux décisions.

La loi du 13 août 2004 a donc érigé les organismes complémentaires en acteurs institutionnels de la couverture maladie. Elle crée une structure associant à la gouvernance de l'assurance maladie les différentes familles d'organismes complémentaires. L'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) regroupe ainsi les mutuelles, les assureurs santé, les institutions de prévoyance et l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. C'est une association de la loi de 1901 ; son premier conseil s'est tenu le 2 juin 2005.

L'UNOCAM est ou peut être, suivant les cas, associée ou consultée aux décisions relatives à l'assurance maladie. L'union est consultée sur les décisions d'inscription d'un acte sur la liste des prestations ouvrant droit au remboursement et peut saisir la HAS. Les organismes complémentaires disposent d'un représentant au sein du comité économique des produits de santé (CEPS). L'UNCAM peut « en accord avec les organisations syndicales représentatives concernées » (art L. 182-2) associer l'UNOCAM à la négociation et à la signature

d'accords, contrats ou conventions. La LFSS 2006 poursuit cette reconnaissance institutionnelle en instaurant la consultation de l'UNOCAM sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

L'association de l'UNOCAM à la gouvernance de l'assurance maladie reste toutefois limitée. Ses avis négatifs ou réservés en matière d'inscription et de hiérarchisation des actes ont jusqu'à présent été systématiquement écartés.

Si l'UNOCAM n'a pu être associée à la négociation de la convention avec les médecins signée avant sa création effective, elle n'a pas davantage été associée à la négociation avec les dentistes malgré l'implication importante des organismes complémentaires dans le financement de ce poste et la volonté explicitement exprimée par le conseil de l'UNCAM de la voir participer à cette négociation. Cette absence est une conséquence du droit accordé aux syndicats médicaux de s'opposer à la présence des organismes complémentaires à la négociation[192]. On peut regretter ce droit d'opposition dès lors que les organismes complémentaires sont financièrement concernés par les résultats des négociations. Toutefois une association systématique et obligatoire des organismes complémentaires aurait pu conduire à multiplier les situations de blocage et rendre quasi impossible la vie conventionnelle.

De plus, l'UNOCAM n'est pas dans une situation identique à celle de l'assurance maladie obligatoire ou des syndicats médicaux. Ses limites tiennent à sa nature d'association regroupant des fédérations ou unions porteuses de stratégies et d'objectifs divergents et qui ne disposent pas elles mêmes de pouvoirs contraignants sur leurs membres, lesquels sont en position concurrentielle sur le terrain. Dès lors que les organismes complémentaires ne sont pas engagés par les décisions de l'UNOCAM, il parait difficile de les associer dans des conditions strictement équivalentes à celles de partenaires auxquels les décisions s'imposent. Aussi, les décisions ou les avis de l'UNOCAM restent-ils d'une portée symbolique et la participation des organismes complémentaires au fonctionnement de l'assurance maladie est pour l'instant subsidiaire.

2 – L'union nationale des professions de santé

Sa création résulte d'un amendement parlementaire visant à associer les professions de santé à l'image de ce que la loi prévoyait pour les organismes complémentaires. L'union nationale des professions de santé (UNPS) regroupe sous forme d'association les représentants de

192. Article 182-2 du CSS (article 55 de la loi du 13 août 2004).

l'ensemble des professions de santé libérales[193]. Les membres sont nommés pour cinq ans sur proposition de l'organisation syndicale qu'ils représentent.

Les attributions de l'UNPS prévues par la loi sont limitées. D'une part, l'UNPS examine annuellement un programme annuel de concertation avec l'UNCAM et l'UNOCAM. D'autre part, l'UNPS émet des avis sur les propositions de décisions de l'UNCAM relatives au ticket modérateur et aux participations forfaitaires.

L'UNPS bénéficie d'atouts en raison de la transversalité de sa composition qui la démarque des syndicats organisés par profession, des ordres et des URML. Pour autant, cette transversalité a pour l'instant été employée à la défense d'intérêts financiers catégoriels, par exemple la demande de l'extension à d'autres professions de l'allocation spéciale vieillesse des médecins. Cependant, cette transversalité pourrait également être mise à profit pour décloisonner l'approche de certains dossiers : permanence des soins, effets des évolutions démographiques, délégation de compétences entre professions, par exemple.

3 – La création de l'institut des données de santé (IDS)

Le groupement d'intérêt public institut des données de santé (IDS) a deux principales missions : d'une part, veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie et, d'autre part, mettre à disposition des données à des fins de gestion du risque maladie ou pour des préoccupations de santé publique, dans le respect du principe d'anonymat.

Les partenaires n'ayant pu s'accorder sur un objectif ambitieux « d'INSEE de la santé », c'est la solution d'une structure légère qui a été retenue. Elle devrait notamment permettre la mise en commun de données entre les régimes obligatoires et complémentaires et l'élaboration de méthodologies partagées pour la constitution d'échantillons d'assurés.

Alors que le conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie (COTSAM) a été dissous dès octobre 2004, il a fallu plus de trois ans pour que les partenaires s'accordent sur les termes d'une convention constitutive du GIP IDS[194]. Ces retards sont emblématiques des difficultés récurrentes rencontrées pour les échanges d'information entre régime général et organismes complémentaires. Si ceux-ci doivent

193. L'UNPS est composée de 46 représentants (art R 182-3) désignés par 24 organisations proportionnellement à la démographie des professions de santé représentées.
194. Son assemblée générale constitutive s'est tenue le 30 mars 2007.

être acteurs de la gestion du risque, l'accès aux données relatives aux prescriptions doit leur être accordé. Mais le caractère sensible de ces données et la nécessité de traiter également des acteurs de l'économie sociale et de l'économie de marché ont handicapé depuis longtemps les échanges d'informations.

III - L'extension du champ de la négociation conventionnelle

La loi du 13 août 2004 a redéfini les rôles respectifs des syndicats, de l'assurance maladie et de l'Etat dans la mise en œuvre des objectifs de dépenses fixés par la LFSS.

A – Les professionnels de santé sont reconnus comme acteurs essentiels de la gouvernance de l'assurance maladie

Au motif qu'aucune réforme de l'assurance maladie ne peut se faire sans eux, la loi du 13 août 2004 accorde aux professionnels de santé un rôle essentiel dans le processus de décision. Selon son premier article, les professionnels de santé veillent avec les régimes d'assurance maladie « à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'Etat ».

L'importance de la place attribuée aux professionnels de santé se traduit concrètement dans plusieurs dispositions. L'article 8[195] de la loi étend le champ des négociations conventionnelles avec les syndicats de médecins à la coordination des soins et à la détermination des modalités permettant aux médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires lorsqu'ils sont consultés hors du parcours de soins coordonné. Son article 49[196] associe les professionnels de santé à la définition des dispositifs d'aides à l'installation et prévoit même que les modalités de calcul et la répartition de la charge financière de ces aides entre les régimes relèvent également du champ des conventions (cf. chapitre VIII relatif aux médecins libéraux).

195. Complétant l'article L. 162-5 du CSS.
196. Modifiant l'article L. 162-14-1 du CSS relatif aux dispositions communes aux conventions avec les professions de santé.

Une place aussi essentielle des dispositions conventionnelles dans l'organisation du système de soins présente le risque de subordonner cette organisation aux objectifs d'optimisation des revenus, ainsi qu'à des positionnements d'appareils syndicaux. Le parcours de soins, dispositif essentiellement conventionnel, illustre les dangers d'une excessive association des professionnels de santé à l'organisation du système de soins : habillage scientifique de revalorisations tarifaires, illisibilité de ce qui devrait être une réglementation compréhensible par tous (voir le chapitre VIII).

La Cour a déjà souligné en 2003 le champ excessif des conventions signées entre l'assurance maladie et les professions de santé[197]. Ces nouvelles extensions la conduisent à formuler la même conclusion et à proposer de recentrer les négociations conventionnelles sur leur objet initial de tarifs et de revenus.

B – L'UNCAM est délégataire du pouvoir de négociation conventionnelle

Jusqu'en 2004, la négociation et la signature des conventions constituaient une des prérogatives essentielles des présidents des conseils d'administration[198] des trois principaux régimes d'assurance maladie, la place de la CNAMTS étant évidemment majeure. La loi du 13 août 2004 a confié cette mission à l'UNCAM, le conseil de la CNAMTS n'ayant plus que le pouvoir de déterminer des orientations qui ne concernent pas les conventions.

Le conseil de l'UNCAM fixe les orientations relatives à la négociation des accords et conventions. Le collège des directeurs définit le mandat du directeur général, lequel n'est pas porté à la connaissance du conseil de l'UNCAM. Le directeur général négocie et l'Etat approuve les conventions, soit par arrêté, soit tacitement passé le délai de 21 jours, leur conférant ainsi leur caractère réglementaire. Il peut également s'y opposer en tout ou partie dans un délai de 21 jours. Les motifs de cette opposition ont été réduits après la loi du 13 août 2004 à la non conformité aux lois et règlements en vigueur, aux motifs de santé publique, de sécurité sanitaire ou lorsqu'il est porté atteinte aux principes d'un égal accès aux soins. La non conformité aux lois et règlements en vigueur a ainsi conduit les

197. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2003 pp. 207 et 208.

198. Ceci ne résultait pas formellement des textes, ceux-ci accordant les pouvoirs aux caisses nationales, en précisant rarement qui du conseil d'administration ou du directeur était chargé de les exercer. La loi du 13 août 2004 a corrigé cette lacune pour la seule CNAMTS.

pouvoirs publics à disjoindre dans leur arrêté d'approbation de l'avenant n° 1 à la convention du 10 janvier 2005 une disposition par laquelle les partenaires conventionnels avaient manifestement adopté des mesures relevant de la compétence de l'Etat seul sur les contrats « responsables ». Par contre, l'Etat ne peut plus s'opposer pour un motif tenant au coût des mesures négociées, compte tenu de la nécessité de respecter l'ONDAM. Il faut toutefois remarquer que dans la période récente, l'Etat a plutôt incité à la dépense qu'à l'économie (secteur optionnel, valeur du C à 23 €[199]). La protection juridique dont bénéficie le directeur général nommé pour cinq ans et surtout qui ne peut être démis de ses fonctions qu'avec l'accord des deux tiers du conseil de la CNAMTS constitue un puissant atout pour résister aux demandes contingentes.

La responsabilité qui pèse sur le seul directeur général est lourde puisqu'il doit tout à la fois défendre l'ONDAM, l'organisation du système de soins et les assurés. Mais le risque existe manifestement que la défense des intérêts des assurés trouve plus difficilement sa place dans des négociations conventionnelles aux contours si larges.

Ainsi, la dispense d'avance de frais dont bénéficiaient les assurés dans le cadre de l'option conventionnelle médecin référent n'a pas été évoquée avant l'avenant n° 18 du 7 février 2007, alors même que l'institution du médecin traitant, en se substituant au dispositif du médecin référent, faisait disparaître cet avantage.

C – Le rôle de l'Etat doit être mieux défini

L'Etat n'attend certes pas la phase ultime de la validation des conventions pour intervenir. Les services du ministère font connaître leur analyse à l'UNCAM lors de la négociation sans toutefois toujours être entendus. Ainsi, dès décembre 2004, la direction de la sécurité sociale avait relevé la complexité des dispositions qui seront retenues par la convention de janvier 2005 ou les risques que comportait une rémunération des médecins généralistes sur le fondement des ALD.

Le programme même des négociations échappe à la compétence de l'Etat. Ceci serait logique si le champ des conventions était limité aux questions tarifaires. Mais il apparaît incohérent de déléguer beaucoup de pouvoirs aux partenaires conventionnels pour les reprendre ensuite par des dispositions législatives spécifiques. C'est pourtant ce qui s'est produit avec l'art. 103 de la LFSS 2007 à propos de la convergence entre médecins traitants et médecins référents.

199. Voir le chapitreVIII – les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins.

De même, l'idée selon laquelle la régulation économique de la dépense de rémunération des professionnels devrait être adossée à des indicateurs objectifs et confiée aux partenaires, ne semble pas encore dominer sans partage. Il est vrai que soumettre à la logique conventionnelle des questions qui, par nature, devraient relever davantage de la responsabilité de la puissance publique expose ensuite à des ingérences politiques, justement sur des sujets relevant en principe de la négociation entre prestataires et assureurs.

Pour cette raison et pour éviter le risque de confusion induite, les questions touchant notamment aux droits des malades, à l'accès aux soins et à la permanence des soins doivent rester de la compétence principale de l'Etat (cette compétence devrait s'exercer, bien entendu, en association avec tous les partenaires concernés).

SYNTHÈSE

La loi du 13 août 2004 a affiché la volonté de doter chaque intervenant de responsabilités bien définies, mais le succès de cette orientation dépendait de la pertinence de la répartition des compétences entre les acteurs. Elle nécessitait notamment l'octroi à l'assurance maladie des outils nécessaires à l'exécution de sa mission de gestion des enveloppes de l'ONDAM et un renforcement de la coordination des régimes d'assurance maladie.

Des aspects de cette réforme semblent être établis durablement comme la hiérarchisation du réseau de l'assurance maladie et la création d'une structure assumant le rôle stratégique de négociation avec les professions de santé. Toutefois, l'équilibre entre les principaux acteurs, et singulièrement entre l'Etat et les professionnels de santé, n'a pas encore été trouvé.

RECOMMANDATIONS

17. Transférer dans un document conventionnel entre l'Etat et l'UNCAM les dispositions relatives à l'organisation des soins intégrées pour l'instant dans la COG de la CNAMTS.

18. Recentrer les négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins sur leur objet initial de tarifs et de revenus (recommandation réitérée).

Chapitre VIII

Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins

PRÉSENTATION

La Cour a déjà examiné certains aspects de l'exercice de la médecine libérale dans ses rapports de 2000, sous l'angle des politiques conventionnelles, de 2003, dans le cadre de l'analyse des instruments de régulation des dépenses d'assurance maladie, et en 2005, au titre des actions sur les comportements des professionnels de santé d'une part et des revenus des radiologues d'autre part.

Pour le présent rapport, la Cour a porté son attention sur deux réformes récentes destinées à restructurer profondément l'organisation des soins de ville : la classification commune des actes médicaux, qui a pour objectifs de normaliser les actes techniques accomplis par les médecins et de redistribuer les revenus entre les différentes spécialités médicales, et le parcours de soins coordonné, qui réorganise l'accès et l'orientation des patients dans le système de soins.

L'importance des enjeux financiers et des incidences sur la qualité de soins ont conduit à procéder à un premier bilan de ces réformes, replacées au préalable dans le contexte de l'évolution démographique et de la politique de régulation des effectifs et des revenus des médecins qui ont connu des inflexions marquées sur la période récente.

I - La démographie médicale et l'organisation de la médecine de ville

Ces dernières années ont été marquées par le passage d'un discours dominant sur une « pléthore » médicale à celui d'une possible « pénurie » de médecins. Dès lors, se pose la question de la pertinence de ces discours et des mesures prises à partir de telles analyses. La nouvelle donne démographique met en évidence des problèmes d'organisation des soins et pourrait ainsi être l'occasion d'une réorganisation des tâches et de l'offre de soins en ville[200].

200. Pour des raisons de disponibilité des données, les développements qui suivent ne traiteront pas de l'offre de soins ambulatoires apportée par les médecins salariés et les consultations externes des hôpitaux.

A – La situation démographique

1 – L'incertitude sur les données démographiques

a) Les effectifs de médecins libéraux

Au 1er janvier 2006, le nombre de médecins tous modes d'exercice confondus s'élevait à 207 277 en France métropolitaine selon le fichier national de l'ordre des médecins et selon -après redressement- le répertoire ADELI (Automatisation DEs LIstes des professions de santé) de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé.

A cette date, la DREES dénombrait, hors DOM, 121 634 médecins libéraux, l'ordre des médecins, 110 991, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) avec son fichier SNIR (système national inter régimes) 114 615 et la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) 124 470.

Ces chiffres varient dans une fourchette de 12 % environ. Les champs couverts ne sont pas directement comparables. En outre, les données recueillies par chacun des organismes résultent de démarches distinctes et peuvent ne pas toujours être cohérentes entre elles.

Cette absence de données fiables, cohérentes et partagées est préjudiciable à la définition d'une politique sur les effectifs libéraux.

b) Le retard pris par le projet de répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)

Un répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) est actuellement en cours d'élaboration. Ce répertoire unique, reposant sur un identifiant attribué à chaque professionnel, servira de référence à tous les acteurs ayant besoin de traiter des informations relatives aux professionnels de santé. Le RPPS devrait conduire, entre autres, à une amélioration de la qualité et de la fiabilité des informations ainsi qu'à un meilleur suivi de la démographie, à la condition toutefois qu'il soit réellement partagé par tous les acteurs. Le RPPS, prévu pour être opérationnel fin 2004, ne devrait l'être qu'en 2007.

2 – Des problèmes de répartition plus que d'effectifs

a) La baisse attendue du nombre de médecins

La France, avec une densité[201] de 340 médecins pour 100 000 habitants en 2004, se situe au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE (289) et légèrement au-dessus de celle de l'Union européenne à 15 (326). Sa population médicale[202] se caractérise par un vieillissement plus marqué de sa pyramide des âges, avec un âge moyen plus élevé pour les libéraux (49,8 ans) que pour les salariés (47,8 ans) et par une féminisation accrue (38,4 %), y compris en médecine libérale, même si les femmes privilégient le salariat.

Il n'y a jamais eu autant de médecins en France qu'aujourd'hui. Cependant, la démographie médicale française devrait connaître une évolution nouvelle à partir de 2008 : le nombre de médecins, qui a constamment crû jusqu'à présent, devrait commencer à baisser. Cette inversion de tendance résulte essentiellement de la conjonction, d'une part, de l'entrée en exercice de promotions de médecins nettement moins nombreuses (en raison de la baisse du *numerus clausus* jusqu'au milieu des années 1990), d'autre part, d'importantes sorties d'activité attendues (avec la cessation d'activité des nombreux professionnels appartenant à la tranche d'âge des 45-60 ans).

Des projections démographiques ont été réalisées. L'incertitude qui affecte la connaissance des effectifs médicaux libéraux actuels selon les sources se retrouve dans les projections démographiques sur l'évolution du nombre de médecins libéraux à l'horizon 2025. Pour la CARMF[203], les effectifs de médecins libéraux chuteraient de 25 % d'ici 2025. Selon les projections de la DREES[204], le nombre total de médecins en activité devrait diminuer de près de 10 % sous l'hypothèse d'un *numerus clausus* à 7 000 à partir de 2006. Cette diminution concernerait essentiellement les médecins libéraux dont le nombre diminuerait de 15 % de 2002 à 2025, mais toucherait peu les médecins salariés. Toujours d'après ces travaux de la DREES, la densité médicale globale devrait reculer d'environ 15 % (de 335 médecins pour 100 000 habitants en 2002 à 283 en 2025, soit un niveau équivalent à celui de 1985). Dans ces conditions,

201. Source des données chiffrées sur la densité : Eco-santé OCDE-IRDES.
202. Source des données chiffrées sur l'âge et le taux de féminisation : fichier ADELI de la DREES, 1er janvier 2006.
203. Source : CARMF, dossier de presse « les vrais chiffres de la démographie des médecins libéraux », décembre 2006.
204. Source : DREES, « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », Etudes & Résultats n° 352, novembre 2004.

il parait difficile d'évoquer un risque de « pénurie » comme on l'entend fréquemment et cela même si la hausse attendue de la demande de soins médicaux, suite notamment à l'accroissement et au vieillissement de la population, doit être prise en considération.

b) Des inégalités de répartition

Plus que par une insuffisance globale de praticiens, la France se caractérise par leur inégale répartition tant territoriale que disciplinaire.

De fortes disparités territoriales

Les médecins disposent du libre choix de leur lieu d'exercice. Ce principe de libre installation a entraîné de fortes disparités de densité médicale. Selon le fichier SNIR 2004 de la CNAMTS, la densité des omnipraticiens libéraux qui est en moyenne de 100 pour 100 000 habitants en France descend à 75 en Seine Saint Denis pour atteindre 136 dans les Pyrénées Orientales, tandis que la densité des spécialistes libéraux qui est de 88 pour la France, chute à 34 en Lozère et culmine à 244 à Paris.

La répartition géographique des médecins libéraux, à l'instar de celle de l'ensemble du corps médical, montre de manière générale un héliotropisme marqué et donc une opposition très forte entre le nord et le sud du pays, exception faite de l'Ile-de-France. Les zones dans lesquelles des problèmes existent sont des zones rurales isolées et la périphérie de certaines villes.

Des analyses à un niveau géographique plus fin ont été menées par l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), l'assurance maladie et les missions régionales de santé (MRS). Les MRS sont chargées notamment de déterminer les orientations relatives à la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et sont ainsi chargées d'identifier les zones déficitaires en matière d'offre de soins médicaux.

Si les conclusions des travaux de l'assurance maladie et des MRS aboutissent à un résultat équivalent (4 % de la population seraient concernées par des difficultés d'accès aux soins de premier recours, ce qui conduit à relativiser le constat de « pénurie »), les zones déficitaires définies par la CNAMTS et les MRS ne se superposent que partiellement : sur 4 078 communes en zone déficitaire, les deux études en partagent seulement 1 000. Par exemple, en région PACA, la CNAMTS a identifié des zones sous dotées voire très sous dotées alors que les MRS n'en observent aucune. Inversement, en région Auvergne, les MRS relèvent plus de 400 communes déficitaires quand la CNAMTS

en trouve moins d'une centaine, sachant que le nombre de communes sous dotées identifiées comme telles par les deux approches simultanément est d'une cinquantaine. Les raisons de ces écarts tiennent à des méthodes d'analyse différentes : l'étude de l'assurance maladie part de données nationales, celle des MRS de données régionales dont celles issues de la connaissance des acteurs de terrain. On trouvera, ci-après, la carte de la répartition des omnipraticiens libéraux par bassin de vie établie par la CNAMTS selon que la zone est sous dotée voire très sous dotée ou, au contraire, sur dotée voire très sur dotée, et la carte des communes déficitaires en médecins généralistes[205] définies par les MRS.

Le zonage réalisé par les MRS s'avère hétérogène car les méthodes utilisées ont différé en fonction de la région. Cette situation pose problème car le classement des zones est opposable aux partenaires conventionnels en application de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale qui dispose que les aides conventionnelles à l'installation et à l'exercice ne seront attribuées que dans ces zones déficitaires. Les MRS devraient être prochainement chargées de redéfinir les zones déficitaires en médecins généralistes sur la base d'une approche homogène entre régions. Une telle méthode plus homogène de détermination de ces zones s'impose d'autant plus que la réduction globale du nombre de médecins risque d'accentuer les disparités.

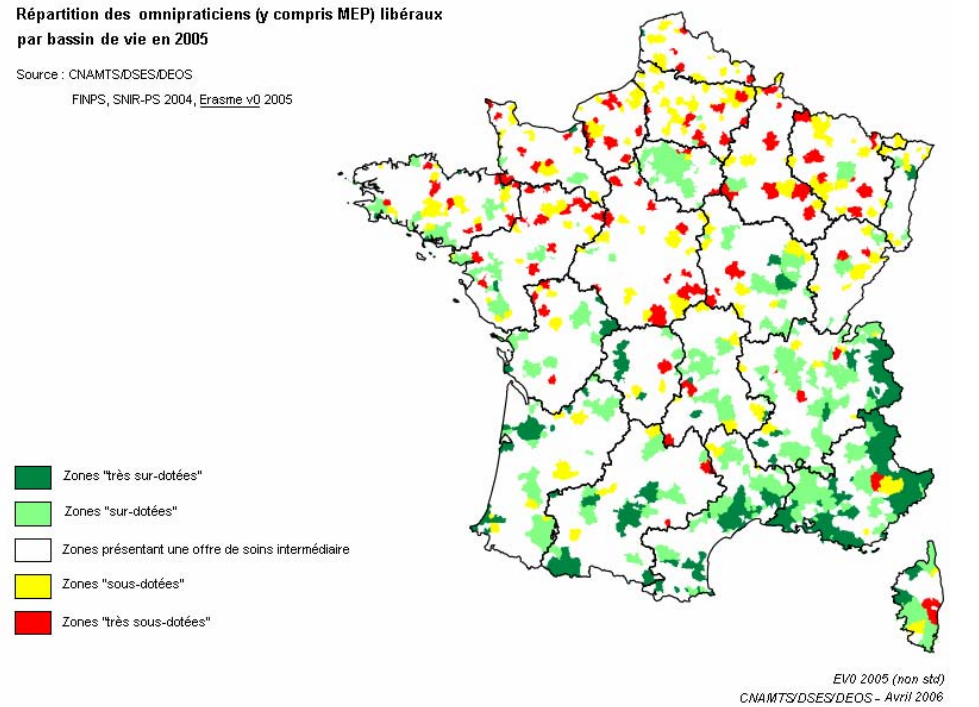
Des déséquilibres entre spécialités

La forte croissance du nombre de médecins (en ville et à l'hôpital) s'est accompagnée d'une augmentation encore plus forte du nombre de spécialistes qui sont désormais majoritaires (51 %). Chez les médecins libéraux, les effectifs des spécialistes (53 645 selon la CNAMTS au 31 décembre 2005), tout en restant inférieurs à ceux des omnipraticiens (60 970 dont 54 297 généralistes), ont aussi progressé plus fortement.

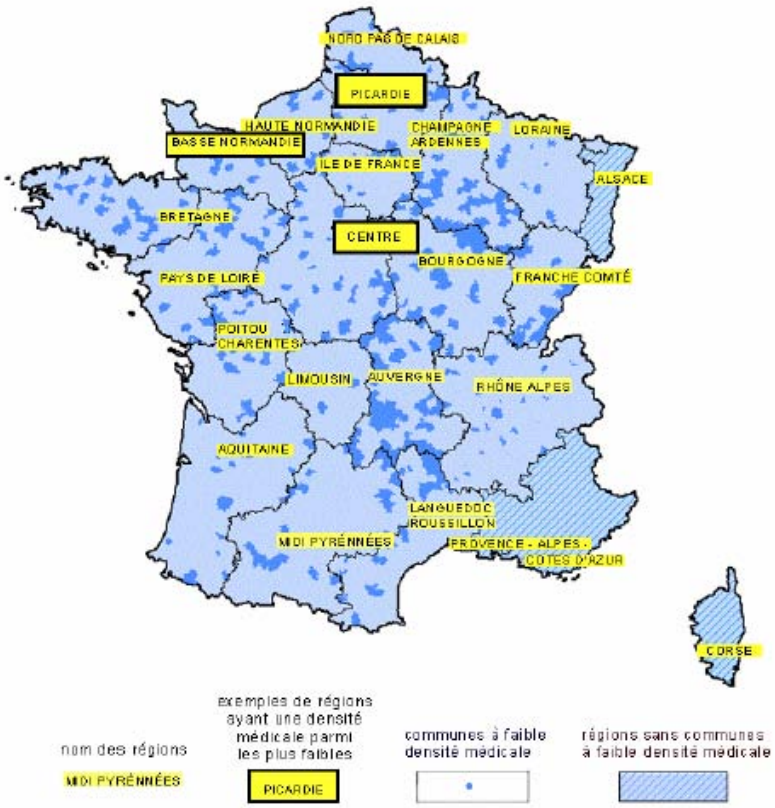
Par ailleurs, les effectifs des différentes spécialités n'évoluent pas au même rythme. Les travaux de la DREES montrent, sur l'ensemble des médecins, que les spécialités les plus touchées par la diminution attendue des effectifs seraient l'ophtalmologie, la psychiatrie et l'ORL.

205. Les travaux ont pu porter sur les omnipraticiens, notamment en Ile de France, ou sur les seuls généralistes. Cette différence cependant n'explique pas les écarts observés entre les deux études.

Répartition des omnipraticiens libéraux par bassin de vie (analyse CNAMTS)



Communes déficitaires en médecins généralistes (analyse des MRS)



Il n'en reste pas moins que la médecine générale souffre d'une désaffection marquée alors qu'elle est reconnue depuis 2004 en tant que spécialité. En témoignent, par exemple, les affectations en troisième cycle des études médicales suite aux épreuves classantes nationales (ECN) de 2004, 2005 et 2006, où les centaines de postes non pourvus ont été, pour la quasi-totalité, des postes en médecine générale (voir infra). Or, médecin de premier recours, le généraliste est le maillon essentiel dans le parcours de soins coordonné. Il y a là un paradoxe fort entre la désaffection actuelle vis-à-vis de cette spécialité et les attentes à l'égard du généraliste pour la rationalisation et l'optimisation des soins.

B – La démographie médicale et l'organisation du système de soins

L'avenir de la démographie médicale pose un problème d'organisation du système de soins. En effet, les besoins en médecins et donc leur nombre sont largement dépendants des missions qu'ils remplissent et de l'organisation du système dans lequel ils exercent.

1 – Un pilotage non encore abouti

Début 2007, le transfert recommandé par la Cour en 2002 des questions de démographie médicale de la direction générale de la santé (DGS) à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la santé était toujours en attente. Pour mémoire, la Cour[206] estimait en 2002 « problématique (…) le maintien à la DGS des questions de démographie médicale et d'effectifs des professions de santé, alors que l'organisation des soins, pilotée par la DHOS, dépend fortement des effectifs de professionnels de santé et de leur répartition entre les différents secteurs de soins ». Le transfert devrait donc permettre, outre la fin de difficultés de coordination, la mise en évidence du lien étroit entre la démographie médicale et l'organisation de l'offre de soins.

Par ailleurs, plusieurs outils de pilotage ont été créés ces dernières années. L'ONDPS, créé en 2003, a pour mission le diagnostic national comme régional de la démographie des professions de santé. Ses travaux, qui se caractérisent par le rassemblement des données démographiques disponibles et leur confrontation, sont essentiels. Puis, la loi relative à l'assurance maladie de 2004 a institué les MRS et le comité de la démographie médicale. Ce comité a pour objet la transmission d'un avis sur le *numerus clausus* alors que l'ONDPS est chargé, depuis le plan de démographie médicale de janvier 2006, d'émettre un avis sur les effectifs

206. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002, pp. 185 et suivantes.

à former. Cette redondance ne s'est néanmoins pas encore exprimée, le comité de la démographie médicale restant un acteur virtuel en l'absence de nomination de ses membres et l'élargissement des missions de l'ONDPS, mentionné dans le plan de démographie médicale de janvier 2006, n'ayant pas encore été mis en œuvre. Enfin début 2007, l'avenant conventionnel relatif au dispositif de majoration forfaitaire de 20 % de la rémunération des médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe dans les zones déficitaires a prévu la création d'un observatoire conventionnel de la démographie médicale pour évaluer l'efficacité de l'aide.

Si l'intérêt de disposer d'outils de pilotage est évident, la multiplication d'instances ayant des finalités communes doit être supprimée.

2 – L'inadaptation des mesures de régulation

Différentes mesures de régulation sont intervenues sans cohérence entre elles ni avec le contexte.

a) Le mécanisme d'incitation à la cessation d'activité (MICA)

Il y a quelques années le discours dominant dénonçait une « pléthore » de praticiens. Les pouvoirs publics mettaient alors en place un régime de pré retraite (le MICA), destiné aux médecins libéraux conventionnés et ayant pour objectif de réduire l'offre de soins ambulatoires et de contribuer à maîtriser les dépenses. Ce régime a rencontré un grand succès auprès des médecins libéraux et un quart de ceux âgés de 57 à 65 ans en ont bénéficié. Son coût total pour la période 1998 à 2006 a été de 1 136 M€, dont 774 M€ à la charge de l'assurance maladie (le reste étant à la charge des médecins en activité).

Le MICA a été ouvert aux praticiens jusqu'en 2003 et même avec des dérogations jusqu'en 2004, alors que des questions sur l'éventuelle « pénurie » de médecins étaient déjà à l'ordre du jour. Désormais, les actions visent à prolonger l'activité professionnelle des médecins au moyen notamment du dispositif de cumul emploi/retraite.

b) Le numerus clausus

De même, les actions sur le *numerus clausus*, qui fixe le nombre de places en deuxième année de médecine, ont été très contrastées depuis sa création en 1971. La recherche d'une maîtrise des dépenses par la limitation du nombre de prescripteurs a conduit à une forte baisse du *numerus clausus* qui est passé de 8 588 en 1971 à 3 500 en 1993. A

l'inverse, depuis le début des années 2000 et l'émergence du discours sur une possible « pénurie », le *numerus clausus* a été relevé de 3 850 en 2000 à 7 100 en 2007.

Il résulte de la réduction du *numerus clausus* durant les années 90, que le nombre de médecins entrant actuellement en activité n'a jamais été aussi faible. Le *numerus clausus* a ainsi évolué de façon trop « tranchée » depuis son instauration.

Par ailleurs, sa fixation constitue un exercice délicat en raison de l'interaction de nombreuses variables déterminantes de l'offre et de la demande de soins médicaux, outre la méconnaissance des besoins dans l'absolu. De plus, le *numerus clausus* n'a de conséquence sur l'offre de soins que dix ans plus tard compte tenu de la durée des études médicales.

Enfin, la fixation du *numerus clausus* par arrêté pris conjointement par le ministère de l'éducation nationale et le ministère de la santé n'est pas utilisée comme un instrument de meilleure répartition géographique. Alors que l'augmentation du *numerus clausus* de 6 200 en 2005 à plus de 7 000 à partir de 2006 et jusqu'à 2010 offre une opportunité d'influer sur la répartition géographique des médecins dès leur formation, l'arrêté du 19 avril 2006 fixant le *numerus clausus* pour l'année universitaire 2005-2006, a augmenté de façon homothétique (+ 12 %) le *numerus clausus* de chaque faculté. Ce faisant, l'arrêté a privilégié la logique universitaire au détriment du besoin médical et renforcé les déséquilibres de densité médicale.

c) Les épreuves classantes nationales (ECN)

Les épreuves classantes nationales (ECN) qui se sont substituées aux concours de l'internat en 2004 sont le passage obligé pour l'accès au troisième cycle des études médicales. A la différence des concours de l'internat, les ECN concernent tous les futurs médecins qu'ils se destinent à la médecine générale ou à une autre spécialité : tous doivent, en fonction de leur rang de classement et du nombre de postes ouverts par les pouvoirs publics, choisir une discipline parmi les onze proposées et un lieu de formation (parmi les vingt huit « subdivisions » existantes).

Parmi ces onze disciplines, neuf disciplines sont constituées d'une unique spécialité [207], les deux autres (la discipline « spécialités

207. Il s'agit de l'anesthésie-réanimation, de la biologie médicale, de la gynécologie médicale, de la gynécologie obstétrique, de la médecine générale, de la médecine du travail, de la pédiatrie, de la psychiatrie et de la santé publique.

médicales[208] » et la discipline « spécialités chirurgicales ») regroupant chacune plusieurs spécialités.

Ce système ne permet pas de réguler la répartition entre spécialités en raison d'un nombre de postes offerts aux étudiants toujours supérieur au nombre de postes choisis même si, comme cela a été le cas en 2006 contrairement aux années précédentes, le nombre de candidats inscrits aux épreuves était supérieur au nombre de postes offerts. Ainsi en 2006, il y avait 5 176 candidats inscrits aux ECN pour 4 760 postes ouverts, mais en raison de l'absence des étudiants aux épreuves (276) ou de la non validation de leur deuxième cycle d'études médicales (375) permise par la pratique des redoublements de complaisance ou de démissions (95), seuls 4 430 postes ont été pourvus. 330 postes sont ainsi restés vacants, quasi exclusivement en médecine générale[209] alors même que le nombre de postes offerts dans cette spécialité avoisinait les 50 % du total des postes offerts.

Postes pourvus à l'issue des ECN

ECN	2004	2005	2006
Postes offerts	3 988	4 803	4 760
Postes pourvus	3 368	3 822	4 430
Postes non pourvus	620	981	330
Médecine générale MG			
Postes offerts	1 841	2 400	2 353
Postes pourvus	1 232	1 419	2 030
Postes non pourvus	609	981	323
Ratio	**2004**	**2005**	**2006**
Postes offerts MG /Total postes offerts	46%	50%	49%
Postes pourvus MG /Total postes pourvus	37%	37%	46%

Source : Données ministère de la santé

Il conviendrait donc notamment de réguler le nombre de postes offerts de façon à ce que *in fine* le ratio de postes pourvus en médecine générale sur le total des postes pourvus atteigne le seuil de 50 %.

Afin d'atteindre cet objectif, le nombre de postes offerts en médecine générale rapporté au total des postes offerts devrait dépasser la

208 . La discipline « spécialités médicales » comprend 17 diplômes d'études spécialisées (DES) qui vont de la cardiologie à la rhumatologie en passant par la dermatologie.

209. Ces postes vacants en médecine générale sont de plus inégalement répartis sur le territoire : ils correspondent notamment aux villes moyennes de la périphérie du bassin parisien (comme les subdivisions d'Amiens, Angers, Caen, Dijon, Reims, Rouen, Tours). Source : DREES, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des ECN 2006 », Etudes & Résultats n° 571, avril 2007.

barre des 50 % et ce d'autant plus qu'il convient également de tenir compte de la désaffection qui se produit en cours d'activité au détriment de la médecine générale. Une enquête de l'ordre des médecins publiée en septembre 2006 montre en effet que sur les 96 275 médecins généralistes recensés tous statuts confondus, seulement 62 % déclarent exercer exclusivement la médecine générale, tandis que 14 % d'entre eux ne la pratiquent qu'à temps partiel et que 24 % ne la pratiquent plus du tout.

d) Les aides financières incitatives

L'Etat, l'assurance maladie ou encore les collectivités territoriales ont été amenés à prendre ces dernières années des mesures financières incitatives en faveur des zones sous médicalisées. On notera, notamment, la majoration de 20 % de la rémunération des médecins généralistes dans les zones déficitaires prévue par la loi de 2004 relative à l'assurance maladie et négociée au début de l'année 2007 (voir infra), les aides à l'installation ou au maintien de professionnels de santé et les aides aux étudiants en médecine prévues par la loi relative au développement des territoires ruraux de 2005, les dispositifs d'exonération fiscale notamment en zone déficitaire, en zone franche urbaine (ZFU) ou de taxe professionnelle en zone de revitalisation rurale (ZRR), le dispositif de dérogation au parcours de soins prévu par la LFSS 2006 pour les consultations auprès d'un médecin généraliste s'installant en zone déficitaire, les contrats de bonne pratique (CBP) mis en œuvre en 2005 par l'assurance maladie, enfin les nombreuses mesures incitatives prises au niveau régional ou local[210].

Comme le suggère cette liste, ces aides sont nombreuses, voire foisonnantes au niveau régional et local, rendant encore plus illisible le système. Leur recensement est difficile à faire. Ces aides ne sont, dès lors, pas forcément connues des intéressés. Sur ce point, des mesures pour une meilleure information des professionnels de santé ont été prises dernièrement comme la mise au point des outils « CartoS@nté » et « InstalS@nté ».

Ces aides ne sont pas systématiquement évaluées ce qui peut s'expliquer par le caractère récent de la plupart d'entre elles. Certaines

210. Dans le cadre de son enquête sur les mesures nationales, régionales et locales de régulation de la répartition géographique des professionnels de santé, l'IRDES a ainsi identifié en 2005 137 mesures régionales ou locales. Parmi celles-ci, on trouve notamment des aides pendant la formation des professionnels de santé par exemple sous la forme de bourses d'étude sous condition de stage ou d'installation dans la région.

aides peuvent être significatives en montant[211]. En outre, pour les mesures régionales et locales, se pose la question de leur mise en cohérence par rapport à une évaluation nationale des besoins en professionnels de santé.

Enfin, ces aides ne répondent pas aux déterminants du choix du lieu d'exercice. Ceux-ci accordent une grande importance à la dimension « qualité de vie » qui relève plus d'une problématique liée à l'aménagement du territoire que d'une question de rémunération. Sur ce dernier point, selon les statistiques de la CNAMTS, les régions où la densité médicale est la plus forte sont aussi celles où les honoraires moyens par médecin sont les plus faibles. Selon le fichier SNIR 2004 de la CNAMTS, les honoraires moyens par médecin actif à part entière s'élevaient à 171 000 € dans la Mayenne où la densité est de 121 médecins libéraux pour 100 000 habitants tandis que ces mêmes honoraires sont de 148 000 € dans les Bouches-du-Rhône où la densité s'élève à 273.

3 – L'intérêt des mesures axées sur l'organisation

a) La coopération entre professionnels de santé

L'évaluation des besoins en médecins est liée à la redéfinition réglementaire de leurs compétences dans le but de les utiliser de manière optimale. Les transferts de compétences entre professionnels de santé devraient ainsi permettre selon un récent rapport[212] « de faire face, en partie seulement, à la diminution annoncée de la démographie médicale, mais aussi d'optimiser le système de soins, de régulariser des pratiques existantes non reconnues, d'éviter la mise en place d'organisations parallèles sources de conflits et de baisse de la qualité des soins, d'apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels paramédicaux ».

Des expérimentations ont été réalisées en 2005, d'autres étaient en cours en 2006 et début 2007. La Haute Autorité de santé (HAS) a été chargée par le ministre de la santé d'établir une recommandation sur la coopération entre professionnels de santé ; les résultats seront disponibles à la fin 2007. Sans attendre, en application de la LFSS 2007, les

211. Ainsi en 2005, les seules exonérations ZFU, au demeurant indûment classées par la DGI dans les charges professionnelles, ont représenté un montant de 102 M€ qui ont bénéficié à plus de 2 700 médecins soit en moyenne une réduction d'impôt de plus de 37 000 € par médecin concerné.

212. Mission « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », rapport d'étape, octobre 2003.

opticiens-lunetiers peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs suite à un décret du 13 avril 2007 et les infirmiers peuvent prescrire certains dispositifs médicaux suite à un arrêté du 13 avril 2007.

b) Les mesures d'adaptation du mode d'exercice

En France, l'exercice médical reste encore majoritairement organisé sur un mode individuel. Ce modèle ne correspond cependant plus aux aspirations des jeunes médecins pour des raisons de qualité de vie (limitation des plages horaires,…) et de mode d'exercice professionnel (rejet d'une pratique isolée,…). La féminisation du corps médical renforce ces tendances. Dans ces conditions, les mesures visant à mieux organiser le travail des médecins et à rompre leur isolement, semblent mieux répondre au problème du choix du lieu d'installation.

C'est ainsi qu'ont été prises dernièrement diverses mesures pour permettre un exercice en lieux multiples, mettre en œuvre le statut de collaborateur libéral, favoriser des formes d'exercice en groupe ou faciliter l'accès aux technologies de l'information et de la communication.

4 – La nécessité d'une politique plus volontariste

Lors de la négociation début 2007 de l'avenant conventionnel relatif au dispositif de majoration forfaitaire de 20 % de la rémunération des médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe dans les zones déficitaires, l'assurance maladie avait prévu, parallèlement, de réguler la démographie médicale dans les zones sur médicalisées en réduisant de 20 % sa participation aux cotisations sociales des médecins qui s'installeraient dans les zones très sur dotées. Mais cette proposition n'a pas été retenue dans l'accord. L'avenant signé[213] prévoit seulement la réalisation au premier trimestre 2009 d'un bilan du dispositif d'aide pour permettre aux partenaires conventionnels de décider des éventuelles mesures d'ajustement du dispositif, si les effets de l'aide se révélaient insuffisants. Pourraient ainsi être appliquées des mesures de régulation complémentaires, le cas échéant financières, notamment dans les zones très surdotées. Sur ce point, la Cour estime que des mesures de régulation financières dans les zones sur médicalisées devront être mises en œuvre si les effets de l'aide s'avéraient insuffisants.

213 . Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

Les politiques suivies jusqu'à présent pour réduire les disparités territoriales en matière d'offre de soins ont toujours privilégié les mesures incitatives et préservé la liberté d'installation. Le plan de démographie médicale libérale lancé en janvier 2006 est ainsi strictement incitatif alors que la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 entre l'Etat et la CNAMTS prévoit l'étude par l'assurance maladie des solutions propres à régler les questions liées aux zones sur médicalisées.

Les inégalités d'accès aux soins qui risquent de s'aggraver du fait de la répartition déséquilibrée des médecins sur le territoire plaident pour des mesures plus contraignantes comme la Cour l'a déjà écrit dans son rapport public thématique sur les personnels des établissements publics de santé de 2006[214]. S'il paraît difficile de refuser le conventionnement de nouveaux médecins dans les zones excédentaires, il convient de réguler la liberté d'installation des médecins s'installant par des mesures nettement dissuasives (baisse importante ou suppression de la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie, voire autres pénalités financières).

II - Les rémunérations et les revenus des médecins libéraux

Les revendications financières des médecins libéraux sont permanentes, les crises récurrentes, les actions médiatiques fréquentes. Bien que multiples, ces revendications se focalisent sur quelques sujets emblématiques et constants comme la revalorisation du tarif de la consultation ou le droit à dépassement des tarifs opposables.

214. Il est fait observer que le protocole d'accord signé le 19 avril 2007 entre l'UNCAM et les infirmiers libéraux et relatif à la revalorisation des tarifs prévoit ainsi d'« instaurer prioritairement une régulation de l'évolution démographique des infirmiers libéraux organisant les installations dans les régions où la densité en infirmiers libéraux est la plus faible ». Depuis, le protocole d'accord signé le 22 juin 2007 entre l'UNCAM et les infirmiers libéraux prévoit que, dans les bassins de vie à forte densité d'infirmiers libéraux, seuls les départs ouvriront l'accès à de nouveaux conventionnements. Parallèlement, dans les bassins de vie où la densité est particulièrement faible, des mesures d'incitation à l'installation seraient développées par les caisses d'assurance maladie et les installations en groupe seraient favorisées. Ce dispositif nécessite toutefois un aménagement du cadre juridique.

En 2004[215], les recettes libérales des 114 160 médecins présents au 31 décembre 2004 dans la base du SNIR[216] représentaient un montant tous régimes de 18 149 Md€ dont 1 974 M€ de dépassements.

Selon une étude de la DREES conduite selon des modalités décrites plus loin, la recette brute, rapportée au médecin, était de l'ordre de 159 800 €, et le revenu d'activité libérale, net de charges professionnelles, était d'environ 80 600 €.

Des écarts substantiels de revenu net sont observés entre les radiologues (197 800 €) et les psychiatres (58 500 €) ainsi que les pédiatres et les dermatologues (61 100 €). Le revenu net des omnipraticiens était, quant à lui, de 61 800 €.

Un examen attentif des méthodes d'élaboration de ces données révèle de nombreuses lacunes et insuffisances. Ces informations montrent cependant des évolutions notables caractérisées notamment, au cours de ces toutes dernières années, par une dérive des dépassements d'honoraires.

A – Qu'entend-on par « revenus » des médecins libéraux ?

Les organisations professionnelles de médecins libéraux justifient leur demande de revalorisation tarifaire par la nécessaire évolution de leur revenu, sans définir clairement les motifs de cette revendication : maintien, rattrapage ou augmentation de pouvoir d'achat, réévaluation de leur position dans l'échelle française des revenus.

Confrontés à cette demande récurrente et sans fondement explicite, les pouvoirs publics et l'assurance maladie opposent plusieurs constats :

- le pouvoir d'achat[217] des médecins libéraux a augmenté ;
- leur revenu a évolué plus favorablement que celui des salariés[218] ;
- l'évolution des tarifs n'est pas le seul facteur de croissance du revenu : s'y ajoutent trois déterminants essentiels que sont le volume

215. Les données 2005 sont encore provisoires et doivent être utilisées avec prudence compte tenu de reports de liquidation importants opérés de 2005 sur 2006 (en raison de l'entrée en vigueur de la T2A et de la CCAM) et de la non alimentation du SNIR par huit régimes spéciaux (soit 2,6 % des dépenses).
216. Le SNIR est le système national collectant les données de tous les régimes.
217. Le pouvoir d'achat est calculé en déflatant le revenu net de charges du coût de la vie (indice des prix à la consommation de l'INSEE) : c'est le revenu en monnaie constante.
218. DREES, Etudes et résultats n° 578, juin 2007.

d'actes réalisés, l'évolution des charges à déduire de la recette brute et la structure des actes.

C'est dans cette optique qu'a été présentée en annexe du PLFSS pour 2007 l'analyse suivante fondée pour la dernière année sur des données provisoires[219]:

« Entre 2000 et 2004, en monnaie constante, les revenus des généralistes ont progressé annuellement de 2,6 % et celui des spécialistes de 3,1 %. Cette hausse du pouvoir d'achat des médecins est supérieure à celle observée sur la même période pour l'ensemble des salariés. En effet, entre 2000 et 2004, la progression annuelle du pouvoir d'achat du salaire moyen net s'est limitée à 0,4 %, le salaire minimum progressant quant à lui à un rythme annuel de 2,1 %, supérieur à la progression du salaire moyen net mais inférieur à la progression du pouvoir d'achat des médecins ».

Cette formulation, outre qu'elle se concentre exclusivement sur l'évolution et non sur les niveaux des revenus, prête à confusion en mentionnant le terme de « revenu » des médecins et ouvre un débat très complexe en introduisant une comparaison avec le revenu d'activité des salariés.

1 – Les informations disponibles sur les revenus d'activité libérale des médecins.

Les informations disponibles sur le revenu d'activité libérale des médecins puisent leur source dans les travaux de la DREES [220], régulièrement publiés depuis plusieurs années. Ces derniers alimentent l'annexe du PLFSS ainsi que les études de l'INSEE[221]. Par ailleurs, l'un des indicateurs des programmes de qualité et d'efficience prévu dans la LFSS (non renseigné en 2007) semble reprendre le même concept de revenu annuel moyen net de charges des médecins. Il importe donc que ces informations soient clairement définies et établies sur des bases incontestables.

a) Méthode utilisée par la DREES

La DREES utilise deux sources d'informations : le SNIR pour les recettes libérales et les données de la DGI, à savoir les déclarations fiscales des médecins faites au titre des bénéfices non commerciaux

219. Point 3.1.2 de l'annexe 7 réalisé à partir des travaux de la DREES.
220. Cf. en dernier lieu Etudes et résultats n° 562 mars 2007.
221. Les revenus d'activité des indépendants, INSEE Références édition 2006.

(BNC) sur le formulaire 2035 qui comporte recettes et charges professionnelles déductibles.

Pour estimer le revenu d'activité libérale net de charges avant impôts, la DREES croise ces deux fichiers. A partir des déclarations fiscales, elle calcule la part des débours (chèques impayés notamment) et la part des honoraires rétrocédés aux médecins remplaçants ainsi que le taux des charges professionnelles déductibles : elle applique ensuite ces résultats à la masse d'honoraires comptabilisés dans le SNIR.

b) Approximations et lacunes de la méthode

Elles sont nombreuses et concernent à la fois les recettes prises en compte et les modalités de passage des recettes brutes aux revenus nets.

Pour les recettes, deux problèmes de nature différente doivent être distingués :

- le premier, crucial, caractérise l'ensemble des professions indépendantes et réside dans le fait qu'elles ont souvent également une activité salariée : le revenu d'activité libérale ne représente donc qu'une partie, au demeurant variable selon les individus, du revenu total d'activité, seule référence pertinente dans toute comparaison avec les professions salariées.

D'après les carnets statistiques[222] de la CNAMTS, les médecins à exercice libéral exclusif[223] représentent 80 % du total des médecins libéraux : 20 % des médecins libéraux perçoivent donc des salaires en complément de leur activité libérale. Ce pourcentage serait, toutefois, bien supérieur. Des travaux en cours de la DREES l'évaluent à 41 %[224]. La polyactivité, au demeurant très variable selon les spécialités, semble croître avec l'âge chez les hommes. C'est parmi ceux de 50 à 55 ans qu'elle est la plus répandue. Toujours selon ces travaux, l'impact de l'activité salariée sur le revenu est important : pour les médecins libéraux qui perçoivent des salaires, ceux-ci constituent en moyenne 13 % de leurs revenus d'activité et ce pourcentage augmente avec l'âge (17 % des revenus pour les médecins de plus de 55 ans qui perçoivent des salaires).

---

222. Exploitation annuelle du SNIR-professionnels de santé.

223. Ce calcul ne tient pas compte des praticiens hospitaliers à temps plein ayant une activité privée.

224. Ces travaux confirment une précédente enquête de la DREES réalisée entre 1996 et 1999 portant sur un échantillon de 900 médecins dans laquelle plus d'un tiers des généralis-tes et la moitié des spécialistes libéraux déclaraient une activité mixte leur procurant respectivement 15 % et 28 % des recettes libérales.

Il conviendrait donc d'adopter une double démarche : d'une part, calculer le revenu d'activité libérale pour les médecins n'ayant aucune activité salariée, d'autre part calculer le revenu complet d'activité pour l'ensemble des médecins. Or, la DREES utilise une méthode intermédiaire qui consiste à rapporter à chaque médecin, ayant ou non une activité salariée, la seule recette libérale de l'ensemble des médecins[225]. Cette méthode a pour conséquence mécanique de mentionner un revenu libéral moyen par médecin peu pertinent, sous-évalué pour les médecins à exercice exclusivement libéral, surévalué pour les médecins à activité mixte et surtout de minorer le revenu moyen total.

- le second problème relatif aux recettes libérales prises en compte réside dans leur non exhaustivité : celle-ci tient à la nature du système d'information utilisé, le SNIR, alimenté par la liquidation des feuilles de soins présentées au remboursement et par certains versements faits aux médecins par les caisses (forfaits, aides à la télétransmission, primes de responsabilité civile professionnelle[226]) en France métropolitaine.

En 2004, le montant d'honoraires comptabilisé dans le SNIR (18 149 M€) était ainsi sous-évalué d'environ 5 % (938 M€).

Décomposition des honoraires non pris en compte

D'une part, il manque des honoraires[227] : ceux non présentés au remboursement (198 M€), les soins financés par l'aide médicale d'Etat (40 M€), les honoraires des médecins non conventionnés (97 M€), les soins délivrés dans les DOM (407 M€).

D'autre part, lors de l'établissement annuel des comptes nationaux de la santé, le montant issu du SNIR peut être corrigé à la hausse (par exemple de 206 M€ en 2004) lorsque l'évolution des honoraires issue du

225. La DREES prend aussi en compte tout honoraire à partir du premier euro alors que la CNAMTS exploite en routine un sous-groupe plus représentatif de l'activité réelle appelé « actifs à part entière (APE) qui soustrait tous les médecins installés ou partis en cours d'année, ceux âgés de 65 ans qui continuent leur activité, ceux qui sont non conventionnés (876 en 2004) et ceux qui exercent à temps plein à l'hôpital. La prise en compte des honoraires des seuls médecins APE conduirait à minorer les recettes brutes de 1,5 % chez les omnipraticiens et de 7,7 % chez les spécialistes.

226. Il s'agit notamment de la prise en charge depuis 2006 par l'assurance maladie d'une part importante (entre 66 et 55%) des primes de responsabilité civile payées par les obstétriciens, les chirurgiens et les anesthésistes dans la limite d'un seuil respectif de 18 000, 15 000 et 7 000€.

227 . Il n'est pas question ici des paiements en liquide exigés par certains professionnels de santé qui, selon des témoignages récents, n'ont pas disparu.

SNIR paraît trop faible par rapport à l'évolution observée pour le régime général, ce qui laisse penser que les données du SNIR sont incomplètes.

En outre, ce montant de recettes n'intègre pas diverses aides directes (par exemple aides à la reconversion vers la médecine du travail ou forfaits pour la formation continue).

Enfin n'apparaît pas l'aide que constitue la part des cotisations sociales des médecins de secteur 1, payée par les caisses d'assurance maladie en contrepartie du respect des tarifs opposables : selon la CNAMTS, cette dépense était de 1,15 Md€[228].

c) Les incertitudes liées aux modalités de passage des recettes brutes aux revenus d'activité libérale (recettes nettes)

Deux problèmes doivent être mentionnés :

- le premier est lié à l'absence de distinction des déclarations fiscales selon le secteur conventionnel auxquels appartiennent les médecins (secteur 1ou 2)[229] ;

  En conséquence, la DREES calcule le revenu moyen par spécialité tous secteurs confondus : au niveau des recettes, les dépassements d'honoraires du secteur 2 sont donc lissés sur l'ensemble des médecins. De même les charges sont lissées sans tenir compte de la différence importante qu'engendre la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations des médecins de secteur 1 ;

- le second problème réside dans la déperdition importante du nombre de médecins dont les revenus sont finalement retenus : celle-ci résulte principalement de la constitution même du fichier DGI relatif aux BNC mais aussi de certains choix statistiques de la DREES.

228. Dans les comptes nationaux de la santé, ce montant figure dans les agrégats de la dépense de santé par type de financeur, en subvention en faveur du système de soins sous l'intitulé « subvention aux ménages ».

229. Les déclarations fiscales prévoient pourtant cette information mais elle est mal renseignée (seuls 34 % des médecins remplissent la rubrique). Une case « code d'activité » figure sur la fiche récapitulative BNC 2035 avec 4 occurrences : C1 (secteur 1 sans droit à dépassement), C2 (secteur 1 avec droit à dépassement), C3 (secteur 2 avec honoraires libres), C4 (médecin non conventionné).

Nombre de médecins pris en compte dans les bases de référence

	CNAMTS	DGI	DREES
Omnipraticiens	60 832	58 668	58 050
Sous total des 16 spécialités traitées par la DREES	**49116**	**38258**	**36 728**
Total des spécialistes	53 328	39 465	
Médecins et étudiants remplaçants		13 982	
Total général	114 160	112 115	94 778

Source : CNAMTS, DGI, DREES

Le regroupement croissant des médecins en sociétés, en particulier en sociétés d'exercice libéral (SEL) créées en 1990 et soumises à l'impôt sur les sociétés, réduit d'autant le nombre de médecins déclarant leurs recettes en BNC[230]. Cette déperdition concerne plus de 12 000 médecins pour l'essentiel des spécialistes[231].

Par ailleurs, la DREES n'estime les revenus que des 16 spécialités les plus importantes sur les 24 répertoriées dans le SNIR, ce qui écarte quelque 1 200 médecins. Ses méthodes de lissage conduisent enfin à l'éviction de 1 530 autres déclarations : « les déclarations fiscales ayant des honoraires supérieurs aux honoraires maximaux (lissés sur trois ans) présents dans le SNIR sont enlevées ainsi que les déclarations fiscales présentant des charges négatives ou des honoraires nuls »[232].

Cet examen met en lumière la nécessité de travaux destinés :

- à améliorer la méthode de calcul du revenu libéral des médecins ;
- à la compléter par des données relatives à l'activité salariée afin de mettre à la disposition des pouvoirs publics et de l'UNCAM une information complète sur le revenu d'activité des médecins et non sur leur seul revenu libéral.

La DREES s'est d'ailleurs engagée dans cette voie en construisant l'appariement des déclarations fiscales de l'impôt sur le revenu avec les

230. C'est en radiologie (spécialité la plus rémunératrice) que cette déperdition est la plus importante : 51 % des effectifs (5 554 radiologues dans le fichier CNAMTS, 2 712 dans le fichier DREES).

231. En 2004 la DGI a enregistré, dans le secteur médical, au titre de l'impôt sur les sociétés les déclarations de 1 247 SEL et de 519 autres sociétés. Les données relatives aux médecins regroupés dans ces sociétés ne sont cependant pas fiables et appellent des études complémentaires. L'ordre des médecins, pour sa part, en a recensé 1866 début 2004.

232. Note de méthodologie figurant dans Etudes et résultats n° 412.

fichiers de la CNAMTS. Cette opération devrait produire une information statistique anonymisée regroupant les informations sur l'ensemble des revenus d'activité perçus par les professionnels de santé, selon les catégories socio professionnelles et les caractéristiques de ces professions (sexe, âge, secteur de conventionnement, mode d'exercice).

Cette opération devrait aboutir prochainement[233] : la DREES prépare un test en vraie grandeur qui sera réalisé par l'INSEE fin 2007 (si l'accord de la commission nationale de l'informatique et des libertés - CNIL- est obtenu) et qui conduira à la constitution d'une base de données en 2008.

2 – Les limites théoriques de cette connaissance

a) La nécessité d'apprécier d'autres déterminants du revenu professionnel

Au-delà des difficultés de mesure évoquées plus haut, le revenu d'activité libérale établi sur des bases comptables doit s'apprécier en tenant compte d'autres éléments.

C'est ce que montrait une étude ancienne[234], réalisée en 1991 par le CERC (centre d'étude des revenus et des coûts) : son objet était de cerner et de quantifier les déterminants du revenu des médecins après une décennie de profondes mutations, en particulier la forte croissance de l'offre médicale et des honoraires, la féminisation de la profession, la montée en charge du secteur 2 et des dépassements, l'organisation des médecins en cabinet de groupe sous des formes juridiques variées, autant de facteurs qui avaient eu déjà pour conséquence de créer de forts écarts entre spécialités médicales et à l'intérieur même des spécialités.

Parmi les déterminants passés en revue, on en retiendra quelques uns qui mériteraient d'être actualisées, compte tenu des transformations

233. L'expérience d'appariement faite sur le département de Haute Garonne est prometteuse puisque les déclarations de revenus des médecins de ce département figurant dans les fichiers de la CNAMTS ont été retrouvées à 89 % après une recherche automatique portant sur les seules variables sexe, nom, prénom et date de naissance.

234. « Le revenu des médecins libéraux et ses déterminants » : étude réalisée sur un échantillon de 1 400 médecins conventionnés exerçant depuis plus d'un an et appartenant à cinq spécialités jugées caractéristiques, généralistes, cardiologues (spécialité médicale) chirurgiens généraux et orthopédiques, ophtalmologues (spécialité mixte) et psychiatres. Cette étude n'a pas été actualisée.

évidentes intervenues depuis lors, en particulier la stagnation démographique des médecins[235] :

- l'activité salariée complémentaire, déjà évoquée, qui semble occuper une place importante ;
- la durée effective du travail et sa corrélation - très variable selon les spécialités- avec le niveau de revenu ;
- le travail non rémunéré du conjoint qui, en 1991, concernait 60 % des généralistes et un tiers de spécialistes et représentait jusqu'à 8 % du bénéfice des généralistes, 3 % de celui des cardiologues, entre 1 % à 2 % pour les autres ;
- la carrière caractérisée notamment par l'exercice très répandu d'une activité salariée de plusieurs années avant l'installation (60 % des généralistes surtout en remplacement et 75 % à 90 % des spécialistes surtout en activité hospitalière) ;
- l'organisation en cabinet de groupe, déjà majoritaire pour les disciplines techniques et significatives pour les spécialités cliniques (37 % de généralistes et 24 % de psychiatres). A cette époque, on notait un surplus significatif de revenus pour les médecins regroupés.

Les sociétés d'exercice libéral (SEL) crées par la loi du 1er décembre 1990 ont vraisemblablement accentué ces constats : elles permettent aux professionnels libéraux (dont les médecins) d'adopter un statut plus proche des sociétés commerciales que des sociétés civiles.

Les SEL et leurs effets

De 2002 à 2004, elles sont passées, dans le milieu médical, de 532 à 1247.

Les SEL ont un statut sui generis : à la différence des sociétés civiles où chaque individu déclare ses revenus en BNC et est totalement responsable, la SEL est soumise à l'impôt sur les sociétés (IS), adopte une comptabilité de type commercial et chacun de ses membres n'est responsable que dans la limite de ses apports.

Les SEL facilitent la collaboration entre professionnels, le financement des investissements et la transmission des parts :

- 25 % du capital peuvent être détenus par un investisseur ne participant pas à l'activité ;

- le professionnel peut rester dans le capital pendant 10 ans après sa cessation d'activité et percevoir des dividendes ;

- il peut céder ses parts (avec exemption de l'impôt sur les plus-values en cas de retraite).

235. Entre 1995 et 2004, les effectifs de médecins libéraux sont restés constants : 113 546 et 114 160 (SNIR).

En outre, les SEL offrent de multiples possibilités d'optimisation patrimoniale : arbitrage entre rémunération et dividendes, versement des dividendes ou mise en réserve…

Enfin seule donne lieu à imposition sur le revenu la part des bénéfices effectivement distribuée (à la différence des sociétés de personnes, ou l'intégralité du bénéfice constaté est intégrée aux revenus).

Ces indications montrent la nécessité de mettre en place un outil d'analyse financière de ces sociétés pour mesurer la profitabilité de l'activité médicale qui s'y exerce, selon une démarche similaire à celle instaurée depuis 5 ans par la DREES pour le suivi des cliniques privées.

b) Les difficultés théoriques d'une comparaison entre activité libérale et salariée : la question du capital et du revenu de remplacement

L'appréhension du revenu d'activité des médecins pose deux problèmes théoriques, dès lors qu'on souhaite le comparer à celui des salariés :

- à l'instar de toutes les professions non salariées, il s'agit de revenus mixtes comme les dénomme la comptabilité nationale, dans la mesure où le bénéfice tiré de l'entreprise constitue à la fois le revenu du travail et la rémunération des capitaux apportés ;
- le partage entre le revenu immédiat et le revenu différé n'a pas le même équilibre que pour les salariés : la dynamique de revenu dans le cycle de vie est très différente, les médecins bénéficiant d'un capital professionnel en fin de carrière qu'ils peuvent consommer.

Ces caractéristiques sont du reste discriminantes non seulement entre professions salariées et non salariées, mais aussi entre professions indépendantes et même entre spécialités médicales. L'étude du CERC précitée qui avait quantifié ce phénomène montrait l'importance du capital professionnel acquis et consommable à la retraite. Les deux postes les plus importants étaient à l'époque (et restent sans doute) le local professionnel et le droit de présentation (vente de la clientèle). On notait cependant le cas particulier des chirurgiens, dont le capital professionnel, beaucoup plus important, était constitué de parts sociales de cliniques.

Le revenu après cessation d'activité est aussi dépendant des revenus de remplacement. Ceux-ci doivent être appréhendés dans leur globalité et non limités à ceux distribués par la caisse autonome de retraite des médecins de France (29 240 € en 2005). Comme beaucoup d'actifs, les médecins sont de plus en plus fréquemment des

polypensionnés qui perçoivent des retraites d'autres régimes. Au total la retraite moyenne totale s'élevait à 42 100 €[236] en 2005.

B – L'évolution du revenu d'activité libérale des médecins sur dix ans

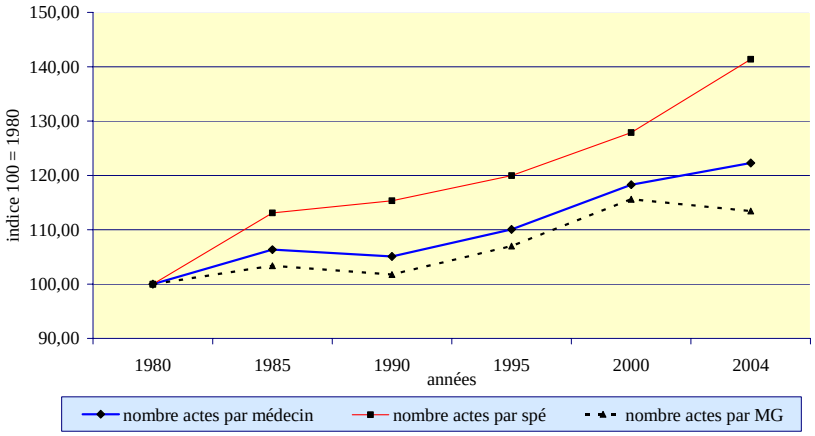
Le revenu net par médecin résulte de la combinaison de plusieurs paramètres : d'une part ses recettes, elles-mêmes fonction du volume d'activité et des tarifs facturés (tarifs opposables sur la base desquels rembourse la sécurité sociale et dépassements), d'autre part des éléments déductibles, à savoir les débours et les charges.

1 – Le volume et la nature de l'activité

De 1995 à 2005, le nombre total d'actes réalisé par les spécialistes a augmenté de +3,7 % en moyenne par an et celui des généralistes de +1,8 %.

Compte tenu de l'évolution démographique différente pour chaque catégorie (plus forte pour les spécialistes), le nombre d'actes par spécialiste a augmenté en moyenne par an de +1,4 % et de +0,5 % par médecin généraliste, avec une nette différenciation à partir de 2000 : le nombre d'actes par médecin baisse chez les généralistes, alors que celui des spécialistes augmente fortement.

Evolution du nombre d'actes par médecin



Source : SNIR

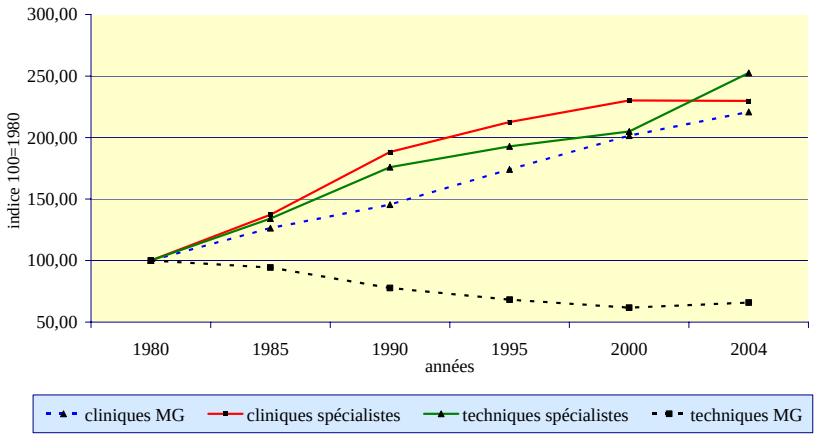
236. Données provenant de l'échantillon interrégimes de retraites (EIR).

Ces évolutions générales doivent être précisées par nature d'actes, cliniques ou techniques, différenciation qui renvoie non seulement au clivage médecine générale-médecine spécialisée, mais aussi inter-spécialités.

Le deuxième graphique ci-dessous montre que l'activité clinique des généralistes a augmenté régulièrement (+3,4 % par an sur la période), alors que diminuait leur activité technique dont la part est au demeurant peu significative (-1,7 % par an).

En revanche, en ce qui concerne les spécialistes, actes techniques et cliniques augmentent fortement (+3,5 % par an en actes cliniques, c'est-à-dire plus que les actes cliniques des généralistes et +3,9 % par an en actes techniques). Depuis quelques années cependant, une inversion de tendance s'est produite : la croissance des actes cliniques, auparavant supérieure à celle des actes techniques, lui est désormais inférieure. Selon les informations récentes de la CNAMTS, le parcours de soins coordonné a prolongé cette tendance de fond : il a infléchi l'activité clinique des spécialistes, mais n'a eu aucun impact sur la croissance soutenue de leur activité technique.

Evolution du nombre d'actes par catégorie



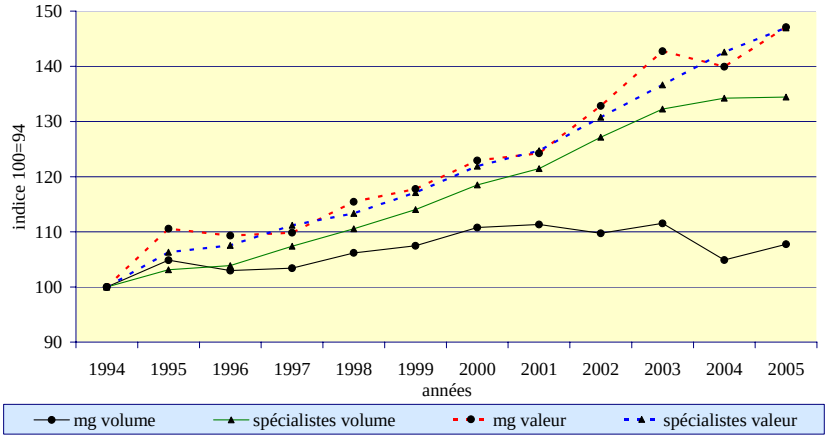
Source : SNIR

S'ils représentent les trois quarts du nombre total d'actes réalisés, les actes cliniques ne représentent que 53 % des honoraires totaux facturés (9 700 M€ sur 18 227 M€ en 2005) : 97 % du nombre d'actes et 88 % des honoraires chez les généralistes et 45,6 % du nombre d'actes et 30,4 % des honoraires chez les spécialistes.

2 – Les recettes remboursables

De 1995 à 2004, la croissance en valeur des honoraires sans dépassement (honoraires remboursables) est assez similaire pour les deux catégories de médecins. Cependant, comme le montre le schéma ci-dessous, cette croissance est due à l'augmentation du volume d'activité chez les spécialistes alors que, chez les généralistes, elle provient d'une évolution favorable des tarifs opposables.

Evolution des dépenses remboursables en volume et en valeur (RG+SLM)



Source : CNAMTS (dépenses du régime général et des sections locales mutualistes)

3 – Les autres facteurs déterminants

Sur la base des informations décrites plus haut (informations de la DREES sur les revenus) sont examinés les autres facteurs qui déterminent le revenu net des médecins, à savoir la facturation des dépassements et les déductions qui réduisent les recettes brutes.

Les montants ci-dessous sont présentés par médecin et en termes réels (en monnaie constante, euros 2005) sur deux périodes différentes (de 1993 à 2000 et de 2000 à 2004 -le choix de 2004 comme dernière année vient de ce que les résultats provisoires de 2005 publiés par la DREES paraissent peu fiables en raison des problèmes déjà évoqués qui ont perturbé le SNIR).

Evolution du revenu et de ses composantes

En milliers d'euros 2005

	Omnipraticiens 1	TCAM en %	14 spécialités 2	TCAM en %	Ecart en %
1993					
Honoraires sans dépassement par praticien	97,9		153,2		56,4%
Part des dépassements (en %)	*6,60%*		***10,30%***		
Honoraires totaux par praticien	104,8		170,8		63,0 %
Taux débours et charges (en %)	*46,7 %*		*52,4 %*		
Revenu net par praticien	57,5		83,7		45,6%
2000		**00/93**		**00/93**	
Honoraires sans dépassement par praticien	109,9	+1,4	168,9	+1,4 %	56,5%
Part des dépassements (en %)	*5,50 %*		***11,2 %***		
Honoraires totaux par praticien	114,2	+ 1,2	190,1	+ 2,1%	66,4%
Taux débours et charges (en %)	*50,5 %*		*51,5 %*		
Revenu net par praticien	58,5	**+ 0,2**	92,2	**+ 1,4**	57,6%
2004		**04/00**		**04/00**	
Honoraires sans dépassement par praticien	113,9	+ 1,4	181,1	+ 1,8	58,9%
Part des dépassements (en %)	*5,50 %*		***14,1 %***		
Honoraires totaux par praticien	120,6	+ 1,4	211,4	+ 2,7	75,3 %
Taux débours et charges (en %)	*49,7 %*		*51,5 %*		
Revenu net par praticien	62,9	**+ 1,8**	104,9	**+ 3,3**	66,7%

Source : d'après les informations de la DREES et de l'INSEE

Ces évolutions mettent en évidence quelques phénomènes significatifs :

- Le pouvoir d'achat des médecins (revenu net en monnaie constante 2005) a augmenté sur l'ensemble de la période, avec une nette accentuation du phénomène de 2000 à 2004 pour les deux catégories de médecins : pour les omnipraticiens, le pouvoir d'achat a augmenté de +0,2 % par an en moyenne de 1993 à 2000 et de +1,8 %[237] de 2000 à 2004, pour les spécialistes de +1,4 % et de +3,3 %. Les chiffres provisoires de 2005 semblent marquer néanmoins une décélération qui devra être confirmée ;
- l'écart de pouvoir d'achat s'est accru entre omnipraticiens et spécialistes : celui des spécialistes qui était supérieur de 45,6 % en 1993 l'est de 66,7 % en 2004. Ce creusement s'est accentué durant la dernière période ;

237. Le taux de croissance annuel moyen (TCAM) du revenu net des omnipraticiens de 2000 à 2004 est de +1,8 % (et non de +2,6 % comme mentionné dans l'annexe du PLFSS 2007)

- cette divergence est due à la facturation des dépassements d'honoraires. En effet, les honoraires remboursables évoluent de manière assez similaire pour les deux catégories de médecins alors que la part des dépassements dans leurs recettes connaît une évolution opposée : en faible baisse chez les omnipraticiens, cette part est passée chez les spécialistes de 10,3 % à 14,4 % des recettes entre 1993 et 2004. Ces chiffres sont calculés tous médecins confondus et non sur les seuls médecins facturant des dépassements ;
- enfin, la part des déductions opérées sur les recettes brutes (rétrocessions, débours et charges professionnelles) est inférieure chez les généralistes (la part des rétrocessions et débours est plus élevée, mais celle des charges plus faible). Toutefois, l'écart entre généralistes et spécialistes s'est amenuisé en passant de 5,8 points à 1,8 points de 1993 à 2004 : la part déduite des recettes a augmenté de 3 points pour les généralistes au cours de la période alors que celle des spécialistes diminuait d'environ 1 point dans le même temps : ce facteur atténue le creusement de l'écart dû à la facturation des dépassements vue ci-dessus.

4 – La diversité entre les spécialités

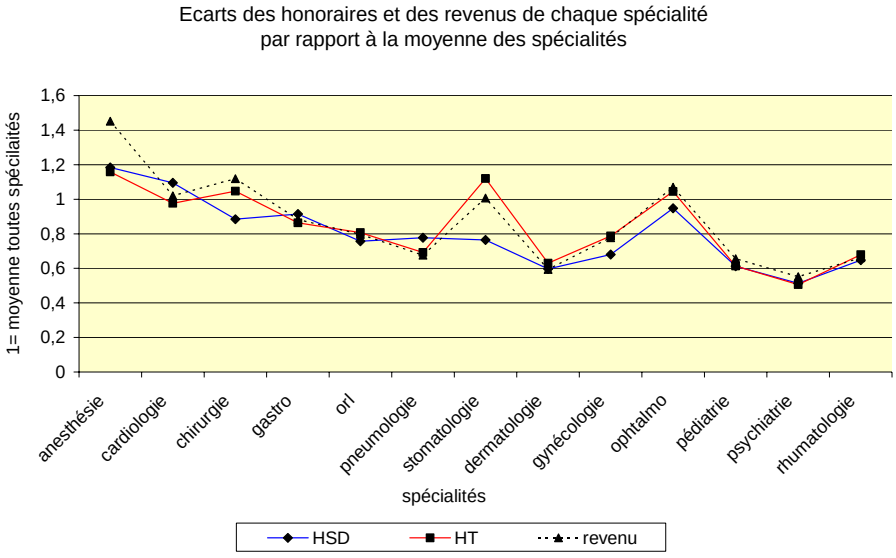
Ces constats généraux recouvrent une telle diversité entre spécialités qu'il convient de les considérer avec circonspection : en effet, les niveaux de revenu, leurs composantes et leur évolution sont très différents selon la spécialité et ne paraissent pas relever de corrélations bien établies :

- la hiérarchie des revenus nets a peu varié sur longue période (1993-2004 en monnaie constante euros 2005) : elle place en tête les spécialités à dominante technique[238] avec un net écart entre les deux premières et les autres (la radiologie -201 400 €- et l'anesthésie -153 300 €-) ; l'ophtalmologie est la seule spécialité à dominante clinique à figurer dans les hauts revenus (en 4ème position des spécialités avec 114 500 €) ;
- les évolutions ont davantage touché les spécialités à dominante clinique en particulier la dermatologie qui, en 2003, se situe en avant-dernier rang. Les deux dernières spécialités (dermatologie avec un revenu net de 62 200 € et la psychiatrie avec 59 600 €) se situent derrière la médecine générale (62 900 €) ;
- la combinaison des facteurs, dont résulte le revenu, est très variable et les phénomènes prévisibles ne sont pas avérés : facturation de

238 . Spécialités à dominante technique : anesthésistes, cardiologues, chirurgiens, gastro-entérologues, ORL, pneumologues, stomatologues ; spécialités à dominante clinique : dermatologues, gynécologues, ophtalmologues, pédiatres, psychiatres, rhumatologues.

dépassements qui compenserait des recettes faibles en tarifs opposables ou taux de charges plus élevé pour les recettes les plus basses en raison du poids des charges fixes.

Le graphique ci-dessous montre la position de chaque spécialité par rapport à la moyenne des spécialités (la radiologie n'est pas représentée car elle sortirait du cadre et écraserait l'échelle) en ce qui concerne ses honoraires sans dépassement, ses honoraires totaux et son revenu net. On constate ainsi que, pour les stomatologues, l'effet des dépassements est en partie neutralisé par celui des charges : les honoraires sans dépassement (HSD) les situent 25 % au dessous de la moyenne des spécialités, les honoraires totaux (HT) 10 % au-dessus et les revenus exactement dans la moyenne.



Note de lecture : les anesthésistes occupent une place stable par rapport à la moyenne des spécialités : +48 % en HSD, +38 % en HT (ce qui signifie que leur taux de dépassements est un peu inférieur à la moyenne), +43 % en revenu net.

Source : Cour des comptes à partir des données CNAMTS et DREES

C – La question des dépassements d'honoraires et du nouveau secteur optionnel

L'article 24 de la loi du 30 janvier 2007 permet au ministre de la sécurité sociale de se substituer, jusqu'au 2 juillet 2007, aux partenaires

conventionnels aux fins de création du secteur optionnel[239], distinct des deux secteurs existants que sont les secteurs 1 et 2.

Cette contrainte exercée par le pouvoir réglementaire sur les partenaires conventionnels reflète la forte tension politique qu'a engendrée une question mal cernée, née de la rédaction ambiguë du préambule et du dernier article du protocole relatif à la chirurgie conclu le 24 août 2004.

Dans un tel contexte, une confusion dommageable s'est installée entre plusieurs préoccupations, certes connexes, celle des dépassements facturés par les médecins en sus de leurs honoraires remboursables, celle du secteur 2, enfin celle de la chirurgie.

1 – L'ensemble des dépassements facturables

En 2005, pour la France métropolitaine, les dépassements représentaient 1 918 M€ sur un montant facturé total de 18 559 M€ (SNIR), soit 10,3 % des recettes perçues par la totalité des médecins.

Il existe plusieurs types de dépassements facturés en sus :

- ceux qui tiennent aux circonstances de l'acte médical (DE=exigence particulière du patient et ED=entente directe) ;
- ceux qui tiennent au statut du médecin (DP=droit permanent octroyé à certains médecins en fonction de leur notoriété lors de la création des tarifs conventionnels opposables et secteur 2 à honoraires différents[240] ouvert en 1980). A noter que les dépassements du secteur 2 ne sont pas facturables aux bénéficiaires de la CMUC ;
- ceux qui résultent à la fois du statut du médecin et de la position de l'assuré dans le parcours de soins coordonné, créés en 2005 [241] (DM=dépassements maîtrisés pour les médecins de secteur 2 ayant choisi l'option de coordination et DA=dépassements autorisés pour les médecins de secteur 1 en cas de non respect du parcours).

Les omnipraticiens facturaient 357 M€ de dépassements en 2005 (sur un total d'honoraires de 7 463 M€), soit un taux de dépassement de 5 % pour l'ensemble de la profession et de 43 % rapporté aux seuls

239. Cet article, introduit par amendement au cours du vote par le Sénat de la LFSS 2007 (article 47) a été invalidé par le Conseil constitutionnel et réintroduit (article 24) dans la loi du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 relative à l'organisation de certaines professions de santé.

240. C'est le terme officiellement utilisé pour désigner le secteur 2 car, en théorie, il ne s'agit pas d'un secteur à honoraires libres, les médecins de secteur 2 étant tenus de fixer leurs tarifs avec « tact et mesure » selon le code de déontologie (cf. infra).

241. Voir les développements consacrés au parcours de soins coordonné dans le présent chapitre.

médecins de secteur 2 (12 % d'entre eux). A l'exception de quelques périodes de tension marquées par la facturation de dépassements sauvages (comme en 2002 par exemple), la question des dépassements se pose peu pour cette catégorie.

Quant aux spécialistes, ils facturaient 81,3 % des dépassements (1 561 M€ sur un total d'honoraires de 11 096 M€) ; ce montant se répartit comme suit : 80 % en secteur 2, 3,7 % en DP, 12 % en DE et 3,7 % en ED. Globalement, les médecins de secteur 2 ont une activité moindre que leurs confrères du secteur 1 et ce sont les dépassements qui leur permettent d'avoir au total des montants d'honoraires plus importants. En 2004, les spécialistes APE du secteur 1 avaient en moyenne 211 600 € d'honoraires et 5 500 € de dépassements soit un total de 217 000 €. Les chiffres correspondants pour le secteur 2 sont de 154 700 € d'honoraires et de 73 000 € de dépassements

La prédominance des dépassements chez les spécialistes du secteur 2 (69 % du montant total des dépassements) explique que la question des dépassements se focalise généralement sur cette catégorie de médecins.

Toutefois, l'importance relative des DE (12 %) et l'évolution récente du taux de dépassement des spécialistes en secteur 1 incitent à la plus grande vigilance afin d'éviter le développement d'une pratique non contrôlable de contournement des tarifs opposables : entre 1985 et 2000, le taux est resté assez stable en passant de 1,4 % à 1,6 % mais en 2004 il était de 2,6 % (et de 6,5 % pour les gynécologues).

2 – Les dépassements des spécialistes du secteur 2

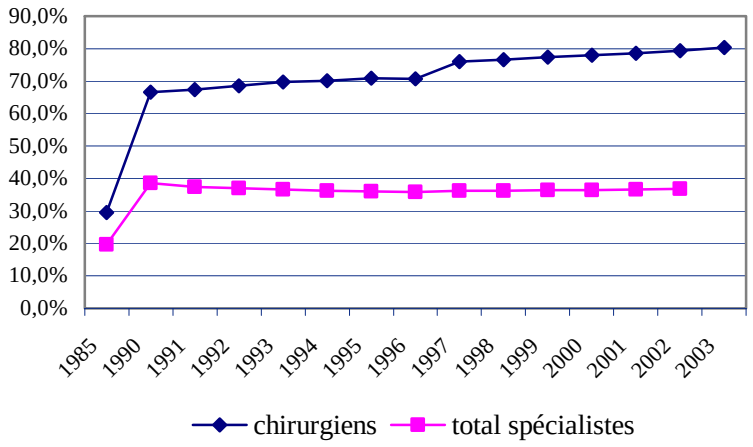
Le montant des dépassements des spécialistes connaît une croissance soutenue et heurtée : +21 % en moyenne par an de 1985 à 1990 en raison principalement de l'augmentation des effectifs de médecins libéraux passés de 38 000 à 50 000 (source SNIR), +5,5 % par an de 1990 à 2000, enfin +11,6 % par an depuis 2000. Cette accélération tient principalement au taux de dépassement facturé par rapport au tarif opposable, l'augmentation du nombre de médecins en secteur 2 et celle du nombre d'actes facturés avec dépassement constituant des facteurs de croissance moins importants.

a) Les effectifs en secteur 2

Dès l'ouverture du secteur 2 les effectifs ont progressé rapidement dans toutes les spécialités mais se sont stabilisés à partir de 1990, à l'exception de la chirurgie : 20 % en 1985, 38,5 % en 1990 et 36,9 % en 2002. En effet, la convention de 1990 a réservé l'accès au secteur 2 aux seuls praticiens qui s'installaient pour la première fois et avaient en outre acquis une expérience professionnelle particulière validée par un titre, en

particulier les anciens chefs de clinique des universités, assistants des hôpitaux (ACCAS). Le règlement conventionnel de 1998 a toutefois permis aux ACCAS déjà installés en secteur 1 de 1980 à 1990 d'opter pour le secteur 2, pendant un délai limité à un mois.

Part des médecins en secteur 2



Source : DSS

Il convient de souligner que le choix du secteur 2 est aujourd'hui majoritaire chez les spécialistes qui s'installent (51 % d'entre eux), mais ce taux est de 90 % chez les ORL et de 34 % chez les dermatologues.

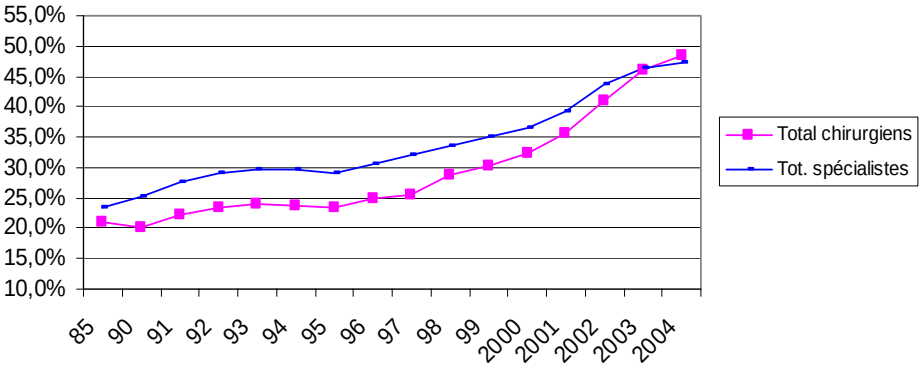
Dans cet ensemble, la chirurgie constitue une particularité avec un taux très élevé dès le départ : 30 % en 1985, 66,5 % en 1990 et plus de 80 % en 2005. Le rattrapage offert en 1998 aux ACCAS déjà installés en secteur 1 de 1980 à 1990 a sans doute entériné une situation de fait, puisque le taux de chirurgiens installés en secteur 2 a connu un saut en 1997 (en passant en un an de 71 % à 76 %).

b) Nombre d'actes facturés avec dépassement et taux de dépassement

La croissance du nombre d'actes facturés avec dépassement est parallèle à celle des actes réalisés (+2 % par an de 1990 à 2004) : en d'autres termes, la part d'actes facturés avec dépassement n'augmente pas.

C'est en revanche le taux de dépassement qui explique avant tout la croissance du montant des dépassements facturés. Ce taux est passé de 23 % à 51 % entre 1985 et 2005 avec des différences importantes entre spécialités.

Taux de dépassement des médecins APE du secteur 2
1985 - 2004



Source : CNAMTS

L'évolution de l'effectif des spécialistes exerçant en secteur 2 et celle des taux de dépassement pratiqués constituent bien entendu un obstacle croissant à la mise en œuvre des principes essentiels de notre système de protection sociale, que sont l'égalité d'accès aux soins et la liberté de choix des assurés :

- 8 % n'ont pas d'assurance maladie complémentaire ;
- 85 % sont couverts par un organisme complémentaire d'assurance maladie, mais près de 40 % de ces assurés n'ont pas de prise en charge des dépassements.

En ce qui concerne les 7 % restants, bénéficiaires de la CMUC, la conséquence en est davantage un refus de soins, les dépassements ne leur étant, en principe, pas facturables[242]. Il convient de souligner que cet aspect important de la question des dépassements -transfert de financement sur les ménages et refus de soins pour les bénéficiaires de la CMUC- était jusque récemment très mal connu et qu'il commence seulement à faire l'objet d'études spécifiques.

242. La réalité est un peu différente car des dépassements leur sont facturés. Dans son rapport sur les dépassements d'honoraires médicaux (avril 2007), l'IGAS a mis en évidence ce phénomène : si globalement, pour eux, les dépassements sont contenus en nombre (1,6 % au total), le pourcentage devient significatif dans certaines spécialités : 13 % en chirurgie générale ou urologique, 8 % pour les consultations d'anesthésie, de dermatologie, de gynécologie et de chirurgie orthopédique.

3 – Les chirurgiens

Comme l'ont montré les développements précédents, les chirurgiens se sont toujours démarqués de l'ensemble des spécialités, tant en nombre de médecins exerçant en secteur en 2 (lui-même fonction de la forte proportion d'ACCAS) qu'en taux de dépassement pratiqué.

En raison de la négociation relative au secteur optionnel dont cette spécialité est à l'origine, la CNAMTS a produit des analyses affinées sur cette discipline. Celle-ci se compose de plusieurs sous-spécialités dont les effectifs sont les suivants :

	Effectif libéral APE secteur 1 en 2005	Effectif libéral APE secteur 1 DP en 2005	Effectif libéral APE secteur 2 en 2005	TOTAL
Chirurgie générale*	508	19	1 927	2454
Neurochirurgie	16	0	65	81
Chirurgie urologie	63	3	447	513
Chirurgie orthopédique et traumatique	195	5	1 162	4 362
TOTAL	**782**	**27**	**3 601**	**4 410**

**Chirurgie générale, infantile, maxillo-faciale, plastique, thoracique et cardiaque, vasculaire, viscérale.*

Source : SNIR 2005 provisoire

Les dépassements en chirurgie sont plus fréquents pour les actes cliniques (76 %) que techniques (47 %), en revanche le taux de dépassement facturé est plus important pour les actes techniques (113 %) que cliniques (73 %), ce qui met en évidence un phénomène en apparence paradoxal selon lequel le taux de dépassement croît avec la valeur du tarif opposable. Certaines dérives ont été cernées par la CNAMTS qui concernent les cas de dépassement que l'on peut qualifier d'exorbitants[243] : 3 et 4 fois le tarif opposable.

243. Dans cette étude, la CNAMTS a examiné les actes avec des dépassements variant entre 0 % et 700 %. Elle en avait écarté les taux supérieurs à 700 % qualifiés «d'extrêmes ».

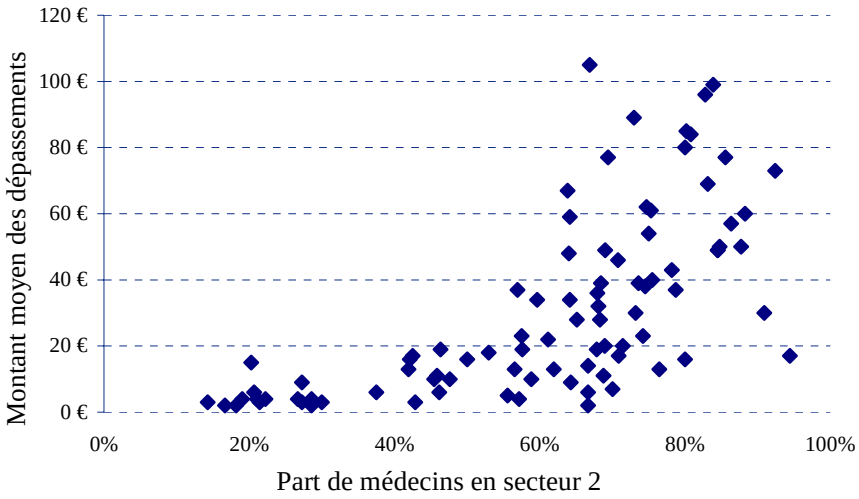
Dépassements supérieurs à 200 % (plus de 3 fois le tarif opposable)

	Libéraux		Hospitaliers à temps plein activité privée	
Moins de 20 % des actes	3 369	90 %	326	65 %
Entre 20 et 50 % des actes	230	6 %	30	6 %
Entre 50 et 80 % des actes	107	3 %	57	11 %
plus de 80 % des actes	30	1 %	85	17 %
Total des médecins concernés	3 736	100 %	498	100 %

Note de lecture : 1 % des chirurgiens libéraux et 17 % des HTP facturent plus de 80 % de leurs actes avec un dépassement supérieur à trois fois le tarif opposable.
Source : CNAMTS

Les disparités géographiques sont également très importantes et s'expliquent en partie par une corrélation intéressante qui suggère un effet d'entraînement redoutable : plus la part de médecins en secteur 2 dans un département est importante, plus le taux de dépassement pratiqué est élevé.

Relations entre la part de chirurgiens en secteur 2 et le montant moyen des dépassements par département



Note de lecture : les points du graphique représentent les divers départements.
Source : SNIR 2004

Enfin, certaines sous-spécialités remettent totalement en question le principe d'égal accès aux soins : dans deux sous-spécialités -la chirurgie urologique et orthopédique- le monopole du secteur 2 s'exerce sur une part importante du territoire national : 27 départements ne

disposent d'aucun chirurgien urologue de secteur 1 aussi bien parmi les 574 urologues libéraux que parmi les 116 urologues hospitaliers[244]. La situation est identique, s'agissant de la chirurgie orthopédique, dans 16 départements.

Bien qu'une telle situation ne soit pas acceptable, les partenaires conventionnels n'ont guère réagi. La CNAMTS ne s'est saisie de la question que récemment à l'occasion de la création en 2006 de la direction du contrôle contentieux et de la répression des fraudes. Cette prise de conscience s'est manifestée par la volonté de s'attaquer aux cas manifestes d'abus et de les déférer devant les instances disciplinaires de l'ordre[245].

L'ordre des médecins s'en tient, pour sa part, à l'article 53 du code de déontologie qui indique que « les honoraires doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières »[246] et exclut toute hypothèse de normalisation[247]. Bien que l'ordre ait reconnu des abus (en évoquant « les abus d'honoraires, même en faible nombre, qui jettent le discrédit sur l'ensemble de la profession ») sa position constante a été rappelée en décembre 2005.

4 – Quelle légitimité pour le secteur optionnel ?

Outre l'importance et la fréquence des dépassements observés en chirurgie, ce secteur a bénéficié d'un protocole particulièrement

244. C'est le cas du Rhône, des Hauts de Seine, de l'Essonne,du Val de Marne,de la Seine et Marne, de la Gironde, des Alpes Maritimes, du Puy de Dôme, de la Cote d'Or, des Cotes d'Armor mais aussi de départements moins urbains comme l'Ain, les Alpes de Haute Provence, l'Ardèche, l'Aube, l'Aude, l'Aveyron, la Corrèze, la Dordogne, l'Eure, la Corse du Sud, le Gard, l'Indre, la Haute Saône, la Haute Loire et la Sarthe. Cela concerne 27 % de la population française. Par ailleurs, en prenant en compte les départements où le pourcentage de spécialistes du secteur 2 est supérieur à 90 %, il y a lieu de rajouter huit autres départements tous de taille importante. 20% de la population française est concernée.

245. A cette fin, elle a procédé à un ciblage, dans dix CPAM, des médecins pratiquant, pour 80 % de leurs actes, des dépassements supérieurs à trois fois le tarif opposable. Neuf médecins ont ainsi pu être identifiés. La saisine des ordres régionaux concernés doit être effectuée.

246. Le serment d'Hippocrate prononcé par chaque médecin lorsqu'il soutient sa thèse indique que « je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail ».

247. Tout manquement à l'article 53 est passible de poursuites devant les instances de l'ordre, mais celles ci sont peu nombreuses et aboutissent rarement. Mais l'ordre indique notamment que « la référence au tarif opposable et l'existence d'un coefficient multiplicateur « acceptable » que l'on pourrait appliquer à ce tarif opposable ne peuvent être retenus».

avantageux en août 2004. Fondé notamment sur le constat « de la crise que traverse cette spécialité depuis plusieurs années », constat qui peut au demeurant être parfaitement contesté, ce protocole comportait neuf points et la déclaration liminaire évoquait un engagement conditionnel visant à créer en chirurgie un secteur optionnel de liberté tarifaire encadrée[248].

Deux ans après la signature de ce protocole, une crise très médiatisée a éclaté au motif que deux des neuf points du protocole relatifs à la liberté d'installation et aux revalorisations tarifaires n'auraient pas été suivis d'effet.

La mission d'évaluation confiée à l'IGAS en vue de faire un bilan d'application du protocole a conclu que les engagements tarifaires avaient été tenus. Selon les estimations de la DSS, le protocole avait induit des dépenses supplémentaires de 126 M€. Sur la base de 5800 chirurgiens ou de 4 300 chirurgiens APE, il a donc généré un gain moyen annuel d'honoraires variant entre 21 000 et 29 000 € par chirurgien soit plus que le salaire moyen net annuel constaté en 2004 en France métropolitaine (22 232 €). Ces gains financiers s'ajoutent à ceux déjà constatés en matière de dépassement.

L'importance des dépassements nécessite maintenant une réaction de la part des pouvoirs publics et des partenaires conventionnels pour aboutir à une régulation du secteur 2 autrement que par le biais -inefficace- du respect du tact et de la mesure. Cette régulation qui, compte tenu de l'état des lieux, ne peut être limitée à la chirurgie devrait conduire à l'instauration d'un double taux de plafonnement (taux de dépassement et part des actes à tarifs opposables) et à la modulation de ce double taux selon les spécialités et les zones géographiques, afin de garantir l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Ce faisant on ne ferait que revenir à la notion de seuil minimal d'actes à tarif opposable prévu pour le secteur 2 par la convention de 1990[249].

Cette nécessaire régulation devra être articulée avec les décisions susceptibles d'être prises en matière de secteur optionnel par les partenaires conventionnels qui viennent encore tout récemment de réaffirmer leur souhait de le mettre en place (en application de la loi du 30 janvier 2007 aucune décision n'ayant été prise par le ministre de la

248. « Elle (une solution pérenne) pourrait consister en la création d'un « secteur optionnel » en honoraires opposables et dont le plafond des dépassements est négocié en accord entre l'UNCAM, l'UNOCAM et les organisations médicales. L'objectif de ce secteur est d'atteindre, pour ces professions, au 30 juin 2005, un niveau minimal de tarification chirurgicale compte tenu de la participation des organismes complémentaires ».

249. Ce seuil était de 25 % mais il n'a jamais été mis en œuvre, la convention de 1990 ayant été annulée par le juge administratif.

santé avant juillet 2007, la décision est reportée aux négociations conventionnelles à venir).

III - La classification commune des actes médicaux

Pour pouvoir être pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, les actes accomplis par les professionnels de santé libéraux doivent être inscrits sur une liste à partir de laquelle sont fixés les tarifs de remboursement. Pour les actes médicaux, cette double fonction a été assurée jusqu'en 2005 par la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

Celle-ci affectait chaque acte médical d'une lettre-clef[250] dont la valeur était fixée par les partenaires conventionnels. Pour les 1 500 actes techniques répertoriés, la lettre-clef était elle-même modulée par un coefficient (l'appendicectomie était cotée KCC 70 par exemple). En raison de la faible évolution de la NGAP, certains actes n'ont pas fait l'objet d'une mesure d'inscription et ont été facturés par les médecins par assimilation avec des actes cotés.

Parallèlement, dans les établissements de santé publics et privés, a été développé le catalogue des actes médicaux (CDAM) destiné à décrire et à coder les actes réalisés, en particulier pour alimenter les informations constitutives du PMSI introduit dès 1990 dans les établissements (programme de médicalisation des systèmes d'information)[251].

Divers éléments ont donc convergé vers la nécessité de refondre la classification tarifante des actes médicaux : l'obsolescence de la NGAP dont la hiérarchie des tarifs était par ailleurs devenue peu pertinente ; le projet de codage des actes (un code identifiant par acte) inscrit dans la loi depuis janvier 1993 ; enfin le projet d'introduire une description des actes proche de celle du PMSI dans les établissements publics et privés qui rendait inenvisageable une coexistence durable de deux systèmes de description des actes. Leur fusion était l'objet de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Cependant, cette dernière se limite aux actes techniques délivrés par les médecins, la classification des actes cliniques restant à effectuer. En outre, la CCAM ne porte pas sur les actes accomplis par les infirmières, les kinésithérapeutes, les dentistes, les sages-femmes, les anatomo-cytopathologistes qui restent soumis à la NGAP.

250. Par exemple C (consultation) et V (visite) pour les actes cliniques et, pour les actes techniques, K-KC (actes de spécialités et de chirurgie pratiqués par le médecin).

251. Pour les spécialistes intervenant dans les cliniques, leurs actes étaient donc décrits selon le CDAM dans le PMSI et facturés en honoraires cotés selon la NGAP.

A – Les principes de la CCAM

La mise en place d'une classification tarifante des actes médicaux a été décidée formellement par la commission permanente de NGAP le 15 février 1996. Cette date a marqué le début officiel d'un chantier de dix ans.

Les principes de la CCAM sont les suivants : constituer une liste des actes exhaustive, bijective (un code correspond à un libellé et un seul), non ambiguë (ce que comprend l'acte doit être précisé de façon explicite), compréhensible pour tous et évolutive.

Son élaboration a reposé sur trois étapes principales :

- la hiérarchisation des actes d'une spécialité, décrits avec le concours des sociétés savantes, selon quatre critères : la durée, le stress lié au risque pour le patient, la compétence technique et l'effort mental pour le praticien. Les éléments autres que la durée étant des données en partie subjectives, la méthode a consisté à déterminer pour chaque spécialité un acte de référence servant d'unité de mesure[252] ;
- le passage de la hiérarchie par spécialité à une hiérarchie inter-spécialités afin de définir une échelle commune. Il en est résulté qu'à chaque acte a été attribué un score de travail, calculé en nombre de points. Multiplié par un facteur de conversion monétaire[253], ce score de travail a constitué le premier élément du tarif de l'acte ;
- la prise en compte des autres éléments de coût à rémunérer : il s'agit du coût de la pratique[254], qui recouvre les charges professionnelles des praticiens (frais de personnel, de matériel, charges locatives….) : ces charges ont été évaluées avec l'institut de la recherche sur l'économie de la santé (IRDES) à partir des données de la direction générale des impôts[255]. Elles sont affectées à chaque acte au prorata du travail médical, en euros par acte.

---

252. Par exemple en néphrologie, l'acte de référence est la ponction biopsie du rein par voie transcutanée, après repérage échographique, radiographique ou scanographique.

253. Ce facteur de conversion monétaire s'élève à 0,44 € et a été calculé sur la base des fréquences d'actes en 2004 comme le ratio : (montant total des honoraires 2004 – coût de la pratique)/nombre total de points d'après la CCAM cible.

254. Il s'agit d'un coût moyen qui varie selon la spécialité : il est élevé pour les disciplines utilisant un matériel coûteux (imagerie, radiothérapie) et peut atteindre 60 % du chiffre d'affaires ; il est plus modeste pour les disciplines essentiellement cliniques (43 % pour la médecine générale). Le coût réel varie davantage en fonction du lieu, du mode d'installation et d'exercice de chaque praticien.

255. Pour les actes relativement rares (pratiqués seulement par certains médecins d'une spécialité) et particulièrement coûteux, des coûts « spécifiques » ont été évalués à partir d'enquêtes.

Au total, chaque acte a ainsi été affecté d'un code et d'un tarif en euros.

La comparaison de deux actes de la même discipline comportant le même coût de la pratique illustre le fait que les tarifs de la CCAM cible sont proportionnels aux scores de travail.

Ainsi l'échographie biométrique et morphologique d'une grossesse uniembryonnaire effectuée au premier trimestre est codée JQQMO10 pour un tarif cible de 61,47 €, correspondant à un score de travail de 73 points[256].

L'échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifoetale effectuée au deuxième trimestre, codée JQQM018, a un tarif cible de 100,19 € correspondant à un score de travail de 119 points.

La CCAM ainsi élaborée constitue en principe un instrument de gestion tarifaire à la fois pertinent -une hiérarchisation et une valorisation rénovées- et souple puisqu'un seul acte peut voir son tarif modifié sans entraîner toute une classe d'actes dans son sillage. Le codage permet par ailleurs de connaître, pour chaque acte désormais identifié, l'exacte quantité d'actes réalisés et d'estimer l'impact d'une mesure tarifaire, ce que ne permettait pas le système de cotation par lettres-clefs et coefficients. Enfin, la mise en place concomitante de la T2A dans les cliniques a aussi renforcé cette flexibilité : en créant les tarifs forfaitaires de séjours (GHS), elle a fait disparaître l'ancienne tarification des frais d'hospitalisation versés à la clinique (les forfaits de salle d'opération) et, de facto, toute indexation de celle-ci avec la cotation des actes de praticiens.

B – Une application qui s'éloigne des principes initiaux

Dans le courant de l'année 2002, alors que la hiérarchisation de la CCAM était en voie d'achèvement, des négociations relatives à sa mise en œuvre ont été menées entre les caisses nationales et les syndicats de médecins qui ont abouti à un accord conclu en février 2005. Il a été décidé que la CCAM se substituerait le 31 mars 2005 à la NGAP, en tant que nomenclature tarifante des actes et fin 2005 au CDAM, en tant que classification descriptive des actes dans le PMSI.

Mais la mise en œuvre telle qu'elle a résulté des négociations conventionnelles s'est éloignée sur plusieurs points importants des principes initiaux.

256. Le calcul de ce tarif cible se décompose ainsi à : 73*(0,44 €+0,402€) = 61,47 €, où 0,44 € est le facteur de conversion monétaire et 0,402 € le coût de la pratique.

1 – Les coefficients techniques modificateurs

Les modificateurs constituent des informations associées au libellé des actes qui ont pour effet d'en majorer le tarif lorsqu'ils sont accomplis dans certaines circonstances, comme par exemple les interventions d'urgence, de nuit, ou le fait de soigner un enfant ou une personne âgée. Si le maintien de ces modificateurs apparaît justifié, l'introduction par voie de négociations conventionnelles de modificateurs qui contreviennent à la logique même de la CCAM, selon laquelle à un acte correspond un tarif et un seul, est critiquable.

Certains modificateurs ont ainsi été introduits dans la CCAM comme un moyen de maintenir le niveau de tarification de l'ancienne NGAP. Par leur nombre et par leur objet, ces coefficients remettent en cause la cohérence initiale de la démarche puisqu'un même acte est coté de manière différente selon son auteur.

Pour une radiographie pulmonaire le tarif simple sans modificateur s'applique si cet acte est réalisé par un généraliste.

Si le même acte est réalisée par un pneumologue ou un rhumatologue le tarif est affecté du modificateur Y et majoré de 15,8 %.

Si la radiographie est réalisée par un radiologue, le tarif est affecté du modificateur Z et majoré de 21,8 %.

2 – Un objectif de neutralité financière abandonné

Les travaux de la CCAM avaient été conçus pour permettre de redistribuer les honoraires entre les différentes disciplines, sur la base de la nouvelle échelle commune et du principe d'une neutralité financière globale. Un transfert de financement entre la radiologie et la chirurgie était en particulier sous-jacent au projet, qui devait notamment générer une économie de 200 M€ sur les actes de radiologie.

Or ce principe n'a guère été appliqué dans les textes conventionnels successifs (accord de février 2005, avenants 12 de mars 2006 et 23 de mars 2007) :

- dans l'accord de février 2005, les actes des spécialités perdantes ont vu en effet leurs tarifs maintenus au lieu d'être baissés alors que les tarifs des spécialités gagnantes ont été majorés, dans une première étape, du tiers de l'écart vers les tarifs cibles (tels que fixés dans la CCAM originelle). Ce premier train de mesures a coûté 180 M€ à l'assurance maladie ;
- l'avenant n° 12 du 3 mars 2006 a accéléré l'octroi des hausses supplémentaires. Cet avenant dont le coût se monte à 23,1 M € prévoit des hausses supplémentaires pour les disciplines qui ont subi une

baisse de leur activité liée à la mise en place du parcours de soins coordonné, à savoir l'oto-rhino-laryngologie, la rhumatologie, l'allergologie, l'angéiologie. Pour les actes concernés, le taux de revalorisation a été porté de 33 % à 66 % ou 100 % de l'écart entre les tarifs cibles et les tarifs de départ ;

- l'avenant n° 23 de mars 2007 représente un nouveau surcoût global de 63,8 M€. Certes, il prévoit des baisses de tarifs qui sont estimées à 69 M€, grâce notamment à une baisse de 6,6 % des actes de médecine nucléaire, de 10 % de certains actes de cardiologie, enfin de 40 % du supplément de numérisation en radiologie. Cependant ces baisses sont inférieures aux hausses consenties pour financer le passage de 33 % à 58 % de l'écart par rapport aux tarifs cibles pour d'autres disciplines ; en outre inférieures aux 200 M€ d'économies prévues dans la CCAM cible.

Au total ce dispositif asymétrique et contraire au principe de redistribution initialement envisagé a donc engendré un surcoût total estimé à 268 M€ pour l'assurance maladie[257]. Le tableau suivant récapitule les hausses et les baisses intervenues, en mettant l'accent sur les deux disciplines les plus exposées, chirurgie et radiologie.

Application de la CCAM dans le temps

En M€

CCAM cible				CCAM mars 2005		Avenant n°12 mars 2006		Avenant n°23 avril 2007		
	Montants constatés en 2004	Objectif cible	Objectif cible %	1ère étape CCAM	%	Montants	%	Montants CCAM V6	2ème étape CCAM	%
Total disciplines gagnantes	2371,5	315,6	13,3%	174	7,3%	18	0,8%	2 980,50	138	4,6%
dont chirurgie	633,4	89,9	14,2%	39,9	6,3%			689,88	35,5	5,1%
Total disciplines perdantes[258]	3987,5	-283,1	-7,1%	-6,9	0,2%	5,1	0,1%	4 108,10	-74,2	-1,8%
dont radiologie (y compris forfaits techniques)	2597	-200,0	-7,7%	0	0%			2914,99	-69,4	-2,4%
Total	**6 359**	**32,5**	**0,5%**	**180,9**	**2,80%**	**23,1**	**0,4%**	**7 088,60**	**63,8**	**0,9%**

Note de lecture : dans la ligne « total », les montants de 6 359 M€ et de 7 088,6 M€ correspondent au total en base des honoraires de disciplines gagnantes et perdantes. Les autres montants indiquent l'impact sur ces bases des hausses et des baisses de tarifs.

Source : CNAMTS

257. Ce chiffrage n'intègre pas l'avenant n° 24 à la convention nationale entre les médecins et l'assurance maladie conclu au cours de l'été 2007, pris dans le cadre du plan d'économies consécutif à l'alerte déclenchée le 29 juin 2007. Ce plan prévoit notamment une mesure de baisse des tarifs de radiologie.

258. Compte non tenu de la radiothérapie et de la médecine nucléaire.

3 – Une extension excessive du champ de la négociation

Comme le montre l'exemple des chirurgiens, les négociations conventionnelles ont dès lors inclus comme un volet récurrent la revalorisation des actes, sans correspondance avec des évolutions réelles ; mais aussi, ce qui est encore plus discutable, la revalorisation des coefficients modificateurs et ce en distinguant même entre secteurs 1 et 2 (distinction contraire à la logique de valorisation objective des actes).

En effet, parallèlement aux négociations sur la mise en œuvre de la CCAM, les chirurgiens ont obtenu la signature d'un protocole d'accord propre à cette spécialité le 24 août 2004 (voir supra). Parmi les mesures adoptées, deux devaient conduire à une augmentation de 25 % de leurs recettes hors dépassements et se sont traduites notamment par l'instauration de deux modificateurs : une majoration transitoire J de 6,5 % (MTC) pour tous les chirurgiens et un forfait modulable (K+11,5 %) pour les seuls chirurgiens de secteur 1.

Si l'on se réfère à la CCAM stricto sensu, les chirurgiens n'ont obtenu que le tiers du gain prévu par la CCAM cible et seraient donc en droit d'obtenir l'augmentation moyenne prévue par celle-ci, soit 14,2 %[259]. En revanche, si l'on tient compte des modificateurs J et K, l'augmentation d'ores et déjà accordée aux chirurgiens du secteur 1 est supérieure à 25 %, soit près du double de celle prévue par la CCAM cible.

4 – L'absence de classification pour les actes cliniques

Le coût de la mise en place de la CCAM s'est déjà ainsi révélé important alors même que la classification n'est mise en œuvre que de façon partielle, puisqu'elle est limitée aux actes techniques, à l'exclusion des actes cliniques qui représentaient en 2004 près des trois quarts des soins médicaux remboursables.

Le projet de refonte de la nomenclature des actes cliniques destiné à hiérarchiser les consultations par niveaux est également en cours, mais se heurte à des difficultés de définition et de valorisation des critères de différenciation par niveaux. Dans l'attente des mesures définitives seule une revalorisation partielle d'abord transitoire puis permanente a été décidée.

259. Hausse moyenne y compris les actes perdants.

IV - Le médecin traitant (MT) et le parcours de soins coordonné (PSC)

Parmi les nombreuses dispositions que comporte la réforme de l'assurance maladie (loi du 13 août 2004) la création du médecin traitant (articles 7 à 10) a été présentée comme une mesure phare : en moins d'un an, cette mesure devait en effet conduire à inscrire dans une organisation nouvelle des soins médicaux -le parcours de soins coordonné- l'ensemble des assurés de plus de 16 ans (soit 50 millions de bénéficiaires) et la totalité des médecins généralistes et spécialistes, libéraux et salariés, exerçant en ville et/ou en établissement.

Le principe en est simple : tout assuré désigne un médecin traitant et le consulte avant de recourir à un autre médecin prescrit par le MT.

Pour renforcer l'acceptabilité de la réforme, le législateur a décidé d'associer les professionnels de santé à sa mise en œuvre et a confié aux partenaires conventionnels le soin de définir l'essentiel des mesures d'application.

Dans le volet de la loi consacré à l'amélioration de la coordination des soins, cette mesure est confortée par la création du dossier médical personnel (DMP), initialement appelé dossier médical partagé et par la modification de la prise en charge des affections de longue durée (ALD).

A – Le contexte

Avant d'examiner les réalisations intervenues entre le vote de la loi et la fin de 2006, il apparaît nécessaire de rappeler le contexte dans lequel le nouveau dispositif s'inscrit.

1 – Le prérequis politique

La conception de la réforme de 2004 a été orientée par un prérequis politique : effacer les effets de la réforme mise en œuvre par les ordonnances de 1996, réconcilier les médecins libéraux avec les pouvoirs publics et l'assurance maladie, remettre sur les rails la vie conventionnelle.

Ce choix initial explique trois caractéristiques essentielles du dispositif MT/PSC :

- il doit préserver les fondements de la médecine libérale que sont notamment le libre choix du patient et le paiement à l'acte ;

- la définition de ses modalités d'application est déléguée aux partenaires conventionnels, sur la base des principes fixés par le législateur[260] ;
- ses novations structurelles doivent s'inscrire progressivement dans la continuité des pratiques antérieures.

Dans ces conditions, la difficulté de l'exercice est extrême : il s'agit de pallier les principaux défauts dus à l'inorganisation des soins médicaux, sans pour autant créer une rupture jugée politiquement insoutenable.

2 – Les travaux préparatoires

L'élaboration du dispositif s'est nourrie des travaux préparatoires menés, dans cette perspective, par le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) et par des missions particulières de l'IGAS[261].

Un diagnostic commun a été formulé sur l'insuffisante organisation du système de soins, source d'inefficience médicale et économique : « le système de soins n'est justement pas organisé comme un système, car il ne coordonne pas avec systématisme, pour les patients qui s'adressent à lui, tous les moyens dont il dispose » (HCAAM).

Les travaux préparatoires ont également estimé que les expériences antérieures d'amélioration de la coordination, initiées par l'ordonnance du 24 avril 1996 (filières et réseaux) et par la convention médicale de 1997 et son avenant n°1 (option du médecin référent) étaient insuffisamment développées et évaluées. Toutefois, dans l'esprit de continuité ci-dessus rappelé, un approfondissement des éléments existants a été préféré à une réorganisation radicale s'inspirant peu ou prou de formules anglo-saxonnes[262], peu compatibles au demeurant avec le maintien politiquement souhaité des principes de la médecine libérale à la française.

Le HCAAM soulignait par ailleurs la diversité du recours au système de soins : en 2004, 15 % de la population avait une consommation inférieure à 40 € par an et la consommation de la population en ALD était 9,6 fois plus importante que celle du reste de la population.

De son côté, l'IGAS distinguait trois aspects organisationnels à améliorer :

---

260. L'article 8 de la loi étend à cette fin le champ de compétences des partenaires conventionnels défini dans l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.
261. Rapport du HCAAM de janvier 2004, rapport IGAS n° 2004-043 d'avril 2004.
262. Filière de soins dans le cadre du National Health Service britannique ou réseaux mis en place par les Health Maintenance Organizations américaines.

- le suivi en continu des assurés bien portants, axé sur la prévention et le maintien en bonne santé, confié à un médecin de famille/médecin traitant ;
- la coordination entre médecins lors de la survenue d'un épisode pathologique et de traitements n'ayant pas de caractère grave ni coûteux ;
- la prise en charge des malades chroniques ou polypathologiques le plus souvent inscrits en ALD (affection de longue durée) qui comporte elle-même deux volets : d'une part, un approfondissement du protocole de soins existant, à savoir le PIRES[263] auquel la LFSS de 2004 donne un fondement législatif, d'autre part une meilleure définition du suivi coordonné de ces malades.

En dépit de la diversité des prises en charge à organiser, le choix du législateur s'est porté sur un dispositif unique, à charge pour les partenaires conventionnels de savoir développer et harmoniser des réponses adaptées à ces besoins spécifiques.

3 – Les problèmes connexes pris en compte

Outre l'insuffisante organisation des soins médicaux, la modélisation du nouveau dispositif a tenté de prendre en compte certains problèmes connexes importants, les uns spécifiques aux médecins généralistes, les autres aux spécialistes, déjà examinés dans le développement consacré aux rémunérations et revenus des médecins libéraux.

- en ce qui concerne les premiers, il s'agit de la désaffection constatée dont cette discipline est l'objet, due davantage aux conditions d'exercice de la profession qu'à des facteurs purement financiers ;
- en ce qui concerne les seconds, il s'agit principalement des tensions créées par la dérive du secteur 2 instauré en 1980 (honoraires opposables facturés avec dépassements) et des revendications particulières des spécialités chirurgicales.

B – Les principes novateurs

1 – Un dispositif général fondé sur la responsabilisation des assurés

Le dispositif MT/PSC s'impose à l'ensemble des assurés et des médecins : contrairement aux précédentes tentatives d'amélioration de la coordination des soins, il ne s'agit ni d'expérimentations (filières et réseaux) ni d'une option facultative (médecin référent).

263. Protocole interrégime d'examen spécial.

Les modalités choisies pour généraliser le dispositif sans le rendre obligatoire, ce qui romprait alors le principe de liberté de choix du patient, reposent sur une seconde novation : la responsabilisation de l'assuré dont la prise en charge financière est modulée en fonction de son comportement vertueux ou non. Il n'y a pas d'équivalent pour les médecins[264].

Ce système est à base d'incitations négatives : il n'y a pas d'incitation positive en cas de comportement vertueux de l'assuré, tels que tiers payant ou taux de remboursement plus favorable. Il s'appuie sur la mise en cohérence des régimes d'assurance maladie obligatoire et complémentaires par le biais des contrats responsables : ceux-ci interdisent aux régimes complémentaires le remboursement de tout ou partie des incitations négatives ou pénalités.

2 – Des relations nouvelles entre assurés, médecins généralistes et spécialistes

a) La relation entre médecin traitant et assuré

Le dispositif instaure une relation juridique nouvelle entre médecins traitants et assurés tout en entérinant une réalité qui préexistait à la réforme, le médecin de famille : tout médecin se voit en effet rattacher, à l'intérieur de sa patientèle, une population identifiée d'assurés qu'il prend en charge en tant que MT, car chaque assuré désigne son MT avec l'accord signé de ce dernier.

Ceci ouvre la possibilité de cerner voire d'orienter les pratiques du MT en fonction des caractéristiques médico-administratives de sa population de patients suivis. Cette perspective intéressante qui dépasse les actions permises par les relevés individuels d'activité et de prescription (RIAP) trouve un début de concrétisation dans l'avenant n° 23 de mars 2007 : celui-ci définit des actions de prévention telles que la vaccination antigrippale chez les personnes âgées, les traduit en objectifs quantifiés (taux de couverture de 75 % des personnes âgées de plus de 65 ans) et précise que ces objectifs seront déclinés et évalués pour chaque MT au vu de sa patientèle.

264. Des sanctions sont en revanche prévues à l'encontre des médecins en ce qui concerne le DMP : leur adhésion à la convention ou son maintien sont subordonnés à la consultation ou à la mise à jour du dossier. Ces sanctions sont, aux termes de la loi, applicables à compter du 1er juillet 2007, mais le DMP ne sera qu'ultérieurement mis en œuvre.

Le médecin de famille avant la réforme

Selon l'enquête santé soins et protection sociale (ESPS) réalisée par l'IRDES auprès des ménages en 2002, 90% des personnes interrogées avaient un généraliste habituel. Cette proportion s'élevait à plus de 95 % parmi les personnes ayant un risque vital possible ou important.

Ces résultats, obtenus auprès des assurés, sont confortés par ceux d'une enquête réalisée par la DREES en 2002 auprès des médecins généralistes libéraux sur le contenu et l'issue de leurs consultations[265]. Dans 75 % des cas, les généralistes assuraient un suivi régulier des patients qu'ils examinaient. Seules 7 % des consultations et visites avaient été a contrario l'occasion d'une première rencontre entre le médecin et le patient, les autres concernant des patients vus occasionnellement. Le recours au médecin était motivé dans plus de 40 % des cas par le suivi d'une affection chronique.

b) La relation entre le médecin traitant et les autres médecins

Le dispositif transforme aussi la relation entre médecins traitants et médecins de second recours (dans la pratique, la relation entre généralistes et spécialistes) : aux termes de la loi, les seconds doivent être « prescrits » par les premiers, reconnus comme niveau de premier recours. Certaines exceptions de bon sens sont prévues qui tiennent soit aux circonstances de la consultation chez le spécialiste (urgence ou éloignement du lieu de résidence), soit aux spécialités elles-mêmes dont certaines, définies par la convention en application de la loi de 2004, doivent demeurer en accès direct.

Accès directs et consultations adressées avant la réforme

Selon les données recueillies par l'IRDES en 2004[266], l'accès direct aux spécialistes résultant d'une initiative personnelle concernait 32 % des consultations.

Parmi les 68 % de consultations restantes, 4% n'étaient pas renseignées quant à leur origine et 64 % représentaient des consultations adressées : 30 % de consultations faisaient suite à la demande du spécialiste de revoir son patient, 27 % au conseil d'un généraliste, moins de 7 % au conseil d'un autre spécialiste.

Trois catégories de spécialistes se distinguaient en matière d'accès aux soins :

- les spécialistes pour lesquels l'accès se faisait principalement à l'initiative du patient : les dermatologues (61 % en accès direct), les ophtalmologistes (57 % en accès direct) et les gynécologues (47 % en accès direct) ;

265. Etudes et résultats n° 315 juin 2004.

266. Questions d'économie de la santé n° 106 avril 2006.

- les spécialistes consultés très majoritairement après conseil médical (y compris celui du spécialiste consulté) : les anesthésistes, radiologues, endocrinologues, chirurgiens, pneumologues, cardiologues, gastro-entérologues et rhumatologues ;
- enfin ceux qui avaient un accès mixte sur adressage ou sur initiative du patient, essentiellement les psychiatres et les ORL (40 % des séances en accès direct).

Après pondération par la fréquence des consultations pour chacune des spécialités, les gynécologues réalisaient avant la réforme 31 % des accès directs aux spécialistes, les ophtalmologues 21 %, les dermatologues 12,6 %.

c) Le partage des informations médicales et médico-administratives

Enfin, la coordination entre le patient et les différents médecins qui le prennent en charge doit être favorisée par la circulation et le partage des données médicales rendus possibles par le DMP et des données médico-administratives de l'assurance maladie mises à disposition des médecins par le webmédecin (également créé par la loi d'août 2004)[267].

Le principe du partage des informations médicales entre médecins[268] est différent de celui introduit par la loi 2002-303 (relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) qui donne le droit aux patients d'avoir accès au dossier médical le concernant : le DMP est appelé à concilier ces deux caractéristiques récentes de l'information médicale.

3 – Un dispositif renforcé par la démarche de maîtrise médicalisée

Dans ses principes essentiels, le dispositif MT/PSC introduit donc des transformations structurelles significatives dans l'organisation des soins médicaux : il vise principalement à renforcer, sur la durée, les missions du médecin de premier recours et à éviter, grâce à la coordination et au partage des données médicales, la redondance voire l'inutilité de certains actes cliniques et techniques réalisés par les spécialistes.

267. Les hésitations sur le contenu du DMP et les retards pris dans sa mise en place ont conduit à reporter sa généralisation au-delà du 1er juillet 2007, date prévue par la loi. Le webmédecin, quant à lui, prévu par l'avenant conventionnel de mars 2006 est en phase de montée en charge.

268 . Voir le chapitre X relatif au partage des données entre les systèmes d'information de santé.

Il est prolongé et renforcé par la démarche de maîtrise médicalisée, remodelée par la loi d'août 2004 et progressivement déployée par la convention médicale du 12 janvier 2005 et ses avenants 12 de mars 2006 et 23 de mars 2007.

La maîtrise médicalisée

Le cadrage financier triennal de la maîtrise médicalisée qui accompagnait la présentation de la loi du 13 août 2004 comportait deux volets.

Le premier est destiné à agir sur les pratiques médicales par le biais des recommandations de la Haute Autorité de santé et celui de l'évaluation des pratiques professionnelles : la diminution des dépenses correspondante a été estimée à 2,5 Md€ sur trois ans (hors effets du DMP estimés à 1 Md€).

Le second volet est ciblé sur la maîtrise des prescriptions et devrait générer, sur trois ans également, des économies estimées à 2,3 Md€ sur les produits et 0,8 Md€ sur les indemnités journalières.

En 2004, la prescription représentait 39,3 Md€ en dépenses remboursables contre 16,5 Md€ d'honoraires (18,2 Md€ avec les dépassements) : elle concerne davantage les médecins généralistes qui généraient 78 % des dépenses.

C – La mise en place du parcours de soins coordonné

La loi du 13 août 2004 a nécessité d'importants travaux dans un laps de temps très court, la date d'application retenue étant le 1er juillet 2005 (le 1er janvier 2006 pour les incitations négatives).

1 – La mise en place matérielle de la nouvelle organisation

Celle-ci s'est ajoutée, pour la CNAMTS, à d'autres grands chantiers : l'introduction de la classification commune des actes médicaux (CCAM versant actes techniques), la réforme tarifaire des établissements de santé (tarification à l'activité), la création de la franchise de 1€ par acte.

a) La désignation du MT

L'application matérielle du PSC a supposé en premier lieu l'envoi des formulaires de désignation du MT aux 50 millions de bénéficiaires potentiels et l'enregistrement de cette information dans la base de données des assurés : au 1er juillet 2005, plus de la moitié des bénéficiaires du régime général avait choisi un médecin traitant. Au 1er mai 2006, ce taux était de 80 % tous régimes confondus (près de 41 millions sur 50). Ce nombre correspond approximativement à l'ensemble de la population ayant consulté dans l'année, puisque 20 % environ de la population ne consomme aucun soin durant une année.

b) Le système de facturation-liquidation

Le parcours de soins a nécessité en second lieu la conception et la réalisation du nouveau modèle de feuille de soins ainsi que l'adaptation des applicatifs de liquidation. Deux types de modifications ont en effet découlé de la réforme : les premières, assez classiques, ont pris en compte les nouvelles prestations facturables ou les revalorisations tarifaires examinées plus loin, les secondes, plus significatives, ont dû introduire de nouveaux critères de liquidation relatifs à la situation de l'assuré et des médecins au regard du PSC.

En outre, compte tenu de la brièveté du délai, la CNAMTS a dû intégrer en cours de chantier les précisions issues des textes d'application : les adaptations informatiques se sont succédé à un rythme élevé avec 17 versions entre janvier 2005 et septembre 2006.

Malgré un risque fort de dégradation du système, les difficultés ont été globalement surmontées :

- une augmentation des rejets de feuilles de soins a été constatée au début de l'application (3,1 % d'août à décembre 2005 au lieu de 2,4 % en 2004), due aux erreurs de codification ou de facturation ;
- l'analyse des résultats sur la période 2004-2006 montre en revanche que le délai moyen de traitement des feuilles de soins papier, après un allongement maximum de 2,2 jours calendaires au cours des 2ème et 3ème trimestres 2006 était, fin 2006, supérieur de 1 jour seulement au délai initial (8,4 jours contre 7,4). Il n'y a pas eu non plus de détérioration du volume des flux de feuilles de soins électroniques.

c) Les actions d'information et de communication

Tant au niveau national que dans les caisses locales, la réforme a fait l'objet d'un fort investissement d'accompagnement et d'information auprès des assurés et des professionnels de santé. Outre la multiplication des brochures et des pages Internet, on retiendra le recours à deux plates formes téléphoniques nationales dédiées aux assurés et aux praticiens ainsi que l'intervention massive des délégués de l'assurance maladie.

Quelques chiffres

La plate forme dédiée aux assurés a enregistré plus d'un million d'appels durant les onze premiers mois de l'année 2005 avec un maximum en juin 2005 de 145 716 appels. En novembre 2005, elle n'enregistrait plus que 6881 appels et a été fermée.

La plate forme dédiée aux professionnels de santé a surtout été mobilisée dans les trois premiers mois de l'année 2005 (4765 appels en janvier 2005, 4985 en mars 2005). En mai 2005 elle n'enregistrait plus que 1451 appels et a été fermée. Toutefois les demandes ont amené à la rouvrir

le 2 janvier 2006 pour quatre mois. Elle a durant cette période traité plus de 18 000 appels.

d) La mise en place d'indicateurs de suivi

Le tableau de bord de la CNAMTS accessible à toutes les caisses sur Intranet suit le degré d'application du nouveau dispositif, notamment le nombre de bénéficiaires de l'assurance maladie ayant désigné un médecin traitant, le choix d'un généraliste ou d'un spécialiste pour les bénéficiaires du régime général, le nombre moyen de patients pris en charge par un médecin traitant (dont le nombre moyen de patients en ALD).

Ce tableau de bord comporte aussi des indicateurs relatifs au respect du dispositif tels que l'évolution hebdomadaire des consultations selon la position dans le PSC et l'importance des incitations négatives appliquées aux assurés non respectueux du parcours de soins.

Ces indicateurs alimentent pour partie la batterie d'indicateurs mise en place au niveau du ministère au sein d'un comité dénommé comité ONDAM placé sous la houlette de la direction de la sécurité sociale : elle permet d'informer régulièrement le ministre sur le niveau de mise en oeuvre de toutes les mesures découlant de la loi d'août 2004. Les trois items qui concernent le PSC stricto sensu montrent que la pleine montée en charge du PSC était quasiment achevée en juillet 2006.

2 – Les modalités du dispositif MT/PSC à fin 2006

L'absence de rupture, posée comme une absolue nécessité par le pouvoir politique, conduit à ne pouvoir apprécier la pertinence du nouveau dispositif que dans la durée : les constats de la Cour se limitent donc aux réalisations des deux exercices 2005 et 2006.

Par ailleurs, si l'application et le respect du dispositif sont suivis grâce aux indicateurs vus plus haut, il convient de préciser qu'aucune définition des instruments d'évaluation de ses effets n'a été pour l'instant élaborée. La Cour estime que cette carence, qui a déjà caractérisé les expérimentations de coordination antérieures, doit être corrigée rapidement.

a) Les textes d'application

A l'exception d'un décret[269], les textes réglementaires sont tous parus : ils sont au demeurant peu nombreux, car seules les dispositions

269. Décret définissant les modalités d'application de la diminution du taux de remboursement pour les bénéficiaires de la CMUC non respectueux de parcours.

relatives à la participation de l'assuré, aux médecins salariés également impliqués par le parcours et au secteur des assurances complémentaires relèvent du champ réglementaire. Pour les deux premiers items, les textes réglementaires se sont calqués sur les dispositions conventionnelles qui les ont précédés.

En vertu du principe de délégation déjà évoqué, c'est la convention médicale du 12 janvier 2005 qui constitue le bloc principal ainsi que six des 16 avenants dont la parution s'est échelonnée de mai 2005 à novembre 2006[270].

Cette convention unique a été signée par trois des cinq syndicats représentatifs de la profession : la CSMF (confédération des syndicats médicaux français), le SML (syndicat des médecins libéraux) et Alliance ; la FMF et MG France n'ont pas signé.

b) Un premier niveau de recours insuffisamment défini

La volonté d'associer l'ensemble des médecins à la définition du dispositif et d'aboutir à la conclusion d'une convention unique[271] a orienté le contenu des textes. Si le préambule de la convention affirme la volonté commune des partenaires de construire une première ligne de soins, la convention a peu développé ce volet.

Deux dispositions législatives estompent d'ailleurs la fidélisation à un médecin généraliste. D'une part, le MT peut être généraliste ou spécialiste, ce qui pose par ailleurs un problème juridique[272] : toutefois, la quasi-totalité des bénéficiaires du régime général (99,5 %) a désigné un généraliste comme médecin traitant. D'autre part, l'assuré peut en changer à tout moment alors que l'IGAS préconisait une fidélisation d'un an par exemple : selon une étude de la CNAMTS moins de 5% des bénéficiaires auraient changé de MT en 2006.

270. Fin mars 2007, la convention connaît 23 avenants signés par les partenaires : les avenants n° 12 de mars 2006 et n° 23 de mars 2007 constituent l'exercice annuel d'actualisation de la convention (prévu au point 1.5 de la convention : bilan d'étape annuel) et consacrent un chapitre au PSC.

271. Les médecins spécialistes n'avaient pas signé de convention depuis 1997.

272. Dans un avis du 28 janvier 2005, rendu sur la convention nationale des médecins libéraux, le conseil national de l'ordre des médecins a relevé que cette faculté ouverte par la loi est en contradiction avec le principe de l'exercice exclusif de la spécialité et a conclu son avis en précisant que « le médecin spécialiste devra remplir les missions du médecin traitant, mais ce statut ne saurait permettre à son titulaire d'assurer la prise en charge d'un patient en dehors de la spécialité au titre de laquelle il est inscrit à l'ordre ».

Le suivi des assurés bien portants et des malades chroniques figure dans la liste des missions qui incombent au MT : les termes de prévention et d'éducation thérapeutique sont mentionnés.

L'avenant n° 12 du 23 mars 2006 a donné un début de concrétisation à la prévention en définissant les thèmes suivants[273] :

- promotion du dépistage organisé du cancer du sein ;
- prévention du risque iatrogène médicamenteux chez les personnes âgées de plus de 65 ans ;
- prévention des risques cardio-vasculaires des patients diabétiques.

Quant au rôle spécifique du MT vis-à-vis des malades chroniques ou polypathologiques relevant notamment d'une ALD (6,5 millions d'assurés qui concentrent 60 % des dépenses), il n'est pas traité de manière globale : il s'agit plutôt des pièces d'un puzzle qu'il serait souhaitable de corriger, compléter et assembler.

ALD et MT

L'article 6 de la loi du 13 août 2004 charge le MT d'établir le protocole de soins. Cette disposition n'est en soi pas nouvelle puisqu'elle préexistait à la loi dans l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale : mais le terme de médecin traitant ne présentait pas alors le caractère administratif et exclusif que lui a donné la loi du 13 août 2004.

Avant la réforme, les médecins généralistes établissaient un peu plus de la moitié des protocoles d'admission en ALD (PIRES) mais moins de 20 % pour des affections telles que le VIH ou la tuberculose active.

En raison des difficultés rencontrées lors de l'établissement des nouveaux protocoles par le seul MT, la CNAMTS a autorisé des dérogations temporaires à la loi par voie de circulaire interne non publiée. Cette situation est insatisfaisante et doit être rapidement corrigée.

Comme on le verra plus loin, ce dispositif ALD a été défini en partie pour apporter aux médecins généralistes devenus médecins traitants une augmentation du revenu qui ne se traduise ni par une revalorisation générale de la consultation ni par la création d'un forfait par patient suivi.

Ce compromis insatisfaisant marque la nécessité d'une réflexion approfondie et globale sur les fonctions et le mode de rémunération du médecin généraliste comme acteur des soins de première ligne.

273. Ces thèmes ont été enrichis par l'avenant n° 23 signé le 30 mars 2007 et surtout précisés : ils doivent être déclinés en objectifs individualisés par MT en fonction des caractéristiques de la population qui lui est rattachée.

c) La coordination des soins dans le parcours

La convention s'est davantage préoccupée des modalités de l'accompagnement du patient, tout au long de son parcours dans le système de soins et s'est appliquée à définir de manière générale les différents cas de figure mettant en contact le MT et les autres médecins.

Trois situations principales ont été répertoriées :

- une relation ponctuelle entre le MT qui adresse le patient à un autre médecin consulté pour avis désigné sous le terme de consultant[274]. Le caractère ponctuel de cette consultation pour avis exclut que le praticien consultant ait reçu le patient dans les 6 mois qui la précèdent et le reçoive dans les 6 mois qui la suivent. De même, il est précisé qu'un tel avis ne peut être demandé plus d'une fois par semestre pour une même spécialité et une même pathologie, sauf à en informer le service du contrôle médical (une exception a été introduite par l'avenant n° 10 pour les psychiatres qui peuvent coter un avis de consultant tout en recevant le patient une ou deux fois dans la semaine qui suit l'avis[275]) ;
- une relation durable entre le MT qui adresse le patient et un autre médecin désigné sous le terme de correspondant : à la suite de cet adressage initial, le médecin correspondant délivre un traitement sous forme de soins itératifs lequel doit faire l'objet, aux termes de la convention d'un plan de soins, non mis en œuvre à ce jour ;
- une relation chaînée entre plusieurs médecins qui s'adressent successivement un patient, sans que ce dernier consulte à nouveau son médecin traitant. Le vocable de soins séquentiels désigne cette situation. L'inclusion dans le parcours de soins des actes techniques, y compris ceux pratiqués lors d'une hospitalisation, implique que cette troisième situation est fréquente. Or, si la loi définit la possibilité d'exceptions à la consultation préalable du MT, liées à la circonstance d'urgence ou d'éloignement ou à la nature de la spécialité demeurée en accès direct, elle ne prévoit pas expressément le cas des soins séquentiels.

La prescription par le MT d'un autre médecin se réduit dans la convention à un rôle de conseil et d'orientation : « dans ce parcours de soins coordonné, le patient est incité à consulter en première intention son MT qui le conseillera selon sa situation et l'orientera, en tant que de

---

274. L'avis de consultant n'est pas une création de la convention de 2005 et du parcours de soins : tant le code de déontologie qui a valeur réglementaire (article 60, R 4127-60 du code de santé publique) que la NGAP (ancien article 18- Consultations faisant intervenir 2 médecins) l'avaient déjà formalisé.

275. L'extension de cette possibilité aux autres spécialités est explicitement revendiquée par au moins une organisation professionnelle.

besoin et avec son accord, vers un autre praticien : le médecin correspondant, qu'il choisit librement ».

Il résulte de ce libre choix du patient, maintenu comme principe intangible, que le rôle d'orientation du MT se limite à diagnostiquer la nécessité de recourir ou non à un autre médecin. Le MT n'a pas de réseau de correspondants préétabli, organisé et connu de l'assuré ; il n'est pas non plus tenu d'orienter son patient vers un spécialiste à honoraires opposables (secteur I).

Le préambule de la convention indique à cet égard que le médecin traitant s'appuie « sur un réseau de professionnels de santé, en ville ou à l'hôpital, qu'il sait pouvoir consulter sur les différents aspects de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique de son patient ». La convention médicale a ainsi entériné l'une des lacunes mises en évidence par le HCAAM : « la coordination est plus souvent le fruit de réseaux relationnels personnels que d'une démarche construite. ».

La formalisation de ces contacts entre le MT et les autres médecins, à savoir l'adressage et le retour d'information, est sommaire et peu contraignante : la mise en place du futur DMP sera de nature à pallier cet inconvénient :

- l'adressage : le médecin correspondant répond aux sollicitations du médecin traitant et le médecin consultant à la demande explicite du médecin traitant. Aucun formulaire ni modèle de lettre d'adressage ne s'impose et aucun délai n'est par ailleurs mentionné entre la consultation du MT et celle du spécialiste ;
- le retour d'information : le médecin correspondant doit « tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et les lui transmettre, dans des délais raisonnables[276], nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient ». Le médecin consultant « s'engage à adresser au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques et de suivi. ».

Les dispositions conventionnelles sont peu différentes de celles qui figuraient déjà à l'article 60 du code de déontologie (R. 4127-60 du code de la santé publique) : « Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage… A l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en en avisant le patient. »

Le nouveau modèle de feuille de soins élaboré en concertation avec les médecins ne prend pas en compte la diversité des situations

276. La convention mentionne que ces délais pourront être précisés par avenant : cette disposition n'a pas été suivie d'effet.

répertoriées dans la convention. La feuille de soins est en effet organisée selon un arbre de décision simplifié et ne peut être remplie de façon pertinente que dans les situations élémentaires : consultation chez le MT ou consultation de second recours chez un spécialiste. En cas de soins séquentiels et de consultation de troisième recours (patient adressé à un spécialiste par un spécialiste), aucune case n'est prévue. Or, la feuille de soins est à ce jour le seul support permettant de qualifier la situation du patient et du médecin au regard du parcours de soins : outre sa nature déclarative, sa conception inadaptée rend problématique la fiabilité de la liquidation et des indicateurs qui en découlent.

D – Les caractéristiques financières du dispositif à fin 2006

1 – La valorisation des nouvelles fonctions

Le préambule de la convention indique : « En premier lieu, et compte tenu de la volonté d'organiser le système de soins primaires et secondaires, les parties signataires conviennent de reconnaître le rôle de chaque intervenant du parcours de soins coordonné et de valoriser ses fonctions ». La convention a défini les éléments tarifaires spécifiques du PSC en distinguant les missions du MT et celles des médecins consultants ou correspondants. Cependant les solutions adoptées ont conduit à un dispositif tarifaire très complexe et sont empreintes de préoccupations connexes, d'ailleurs différentes selon qu'il s'agit des généralistes et des spécialistes.

a) La rémunération du médecin traitant

Alors qu'il est le pivot du nouveau système, le médecin traitant ne bénéficie d'aucune rémunération spécifique pour ses deux missions désormais formalisées : le suivi régulier des patients qui l'ont désigné et leur orientation dans le système de soins.

Sa nouvelle rémunération passe par le versement d'un forfait annuel de 40 € par patient en ALD qui rétribue un suivi pour l'heure assez peu défini. Cette rémunération inclut la rédaction du protocole de soins qui donnait lieu auparavant au paiement d'un forfait de 50 € par protocole. Le passage d'une rémunération sur le flux des ALD entrants à une rémunération sur le stock des patients en ALD a représenté un gain supplémentaire annuel de l'ordre de 190 M€ pour les médecins traitants.

A travers la rémunération du MT se pose la question, plus générale, de la juste rémunération du médecin généraliste et de ses missions. Un dispositif obligatoire et généralisé à l'ensemble des assurés peut difficilement donner lieu au paiement d'un forfait significatif par

assuré ou patient suivi, sauf à envisager de le substituer pour partie et progressivement au paiement à l'acte.

Cette difficulté s'accroît lorsqu'on raisonne en dépenses d'assurance maladie obligatoire : celle-ci finance en effet les forfaits à 100 %, la participation des assurés étant pour l'heure liée au remboursement des actes (par le biais du taux de remboursement des prestations).

Cette contrainte financière se traduit par une minoration du coût global des rémunérations forfaitaires qui s'opère en limitant le nombre de médecins et/ou d'assurés visés par la mesure et débouche sur des dispositifs optionnels (option médecin référent[277], contrats de santé publique) ou sur des dispositifs obligatoires mais ciblés (forfait ALD, forfait diabétique etc.).

Quelques ordres de grandeur en dépenses d'assurance maladie

Le forfait médecin référent a été fixé à 45,73 € par patient ayant opté : le nombre d'assurés optants était de 1 236 000 en 2004, soit un montant d'environ 56 M€ ;

Le nouveau forfait ALD est de 40 € pour 6,5 millions de patients en ALD, soit un montant d'environ 260 M€, équivalent au coût de la revalorisation de 1 € de la C qui est intervenue l'année suivante (le 1er août 2006)[278].

Le forfait destiné à prévenir les risques cardiovasculaires chez les patients diabétiques serait de 10 € dans l'expérience pilote envisagée par l'avenant du 23 mars 2007. Son application aux 2 millions de patients diabétiques qui s'ajouterait au forfait ALD représenterait un coût de 20 M€.

b) La rémunération des médecins consultants et correspondants

Les médecins consultants et correspondants, le plus souvent spécialistes, sont rémunérés de manière spécifique quand l'assuré s'est

277. La convention nationale du 12 janvier 2005 a prévu la mise en œuvre d'un dispositif permettant la convergence du médecin traitant et de l'option médecin référent : après une intervention du législateur (article 103 de la LFSS) autorisant le règlement du sujet par arrêté à défaut de conclusion d'un avenant conventionnel avant le 31 janvier 2007, un avenant (n° 18) a été signé le 7 février 2007. Celui-ci prévoit une indemnité forfaitaire proportionnelle et dégressive, calculée en fonction du nombre de patients adhérents au médecin référent au 12/02/05 : (45,73 € x patients adhérents)-(40 € x patients en ALD).

278. L'avenant conventionnel n° 23 prévoit deux nouvelles augmentations de 1 € de la C en 2007 et 2008. L'augmentation de 2008 est toutefois conditionnée aux marges de manœuvre de la LFSS pour 2008 et aux engagements des médecins en matière de maîtrise médicalisée et de la prévention.

placé dans le parcours en consultant préalablement son médecin traitant. Toutefois, ce principe simple s'applique de manière complexe dans la mesure où d'autres critères de différenciation ont été retenus pour prendre en compte l'ensemble des problèmes de rémunération propres aux médecins spécialistes, en particulier la tension sur le secteur 2.

Les tarifs des spécialistes dans leur ensemble

S'agissant des tarifs opposables[279] (sur la base desquels est calculé le remboursement de l'assurance maladie obligatoire) aucune rémunération spécifique n'est due au titre des actes techniques réalisés dans le parcours et la consultation pour avis ponctuel du médecin consultant, cotée C2 soit 42 €[280] s'applique à tous les spécialistes mais pas aux médecins généralistes, alors que l'ancien article 18 de la NGAP déjà cité comportait un avis coté C 1,5 pour les MG.

Les majorations facturables par les spécialistes de secteur 1[281]

- la consultation du médecin correspondant est augmentée d'une majoration de coordination MCG ou MCS de 3 € : elle s'applique aux médecins généralistes et spécialistes mais ne concerne que les médecins de secteur 1[282] ;
- cette majoration de coordination (MCG ou MCS de 3 €) est complétée par une majoration provisoire clinique[283] MPC de 2 €. Cette dernière s'applique que l'assuré ait consulté ou non son MT, mais elle ne s'applique qu'aux spécialistes de secteur 1 : pour ces derniers, le tarif opposable de la CS est donc de 28 € (23 + 3 + 2) pour les patients dans le parcours de soins ;
- parallèlement, d'autres majorations ont été instituées qui ont pour résultat de fixer les tarifs opposables des spécialistes de secteur 1 au

279. Les tarifs indiqués sont ceux en vigueur fin 2006.

280. Ce choix de cotation implique que toute revalorisation de la consultation des généralistes (C) bénéficie également aux spécialistes.

281 . Les spécialistes de secteur 2 peuvent aussi facturer ces majorations aux bénéficiaires de la CMUC, auxquels en revanche ils ne peuvent facturer de dépassements.

282. A l'instar de leurs tarifs de CS, la majoration de coordination est supérieure pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues (4€) et pour les cardiologues (3,27€).

283. La majoration provisoire clinique (MPC) de la CS a été créée par l'arrêté du 22/09/03 (JO du 25/09/03), dans l'attente de la nouvelle classification commune des actes médicaux cliniques qui aura pour fonction de hiérarchiser les actes cliniques en niveaux : elle était de ce fait réservée à certaines spécialités (dermatologie, rhumatologie, endocrinologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, gynécologie, ophtalmologie, médecine interne). Avec la mise en place du parcours de soins coordonné, la MPC a perdu sa fonction initiale et a été étendue à toutes les spécialités.

même niveau (28 €) pour les assurés de moins de 16 ans non soumis au parcours de soins que celui des assurés de plus de 16 ans respectueux du parcours.

Ces diverses formes de revalorisation tarifaire ont eu pour conséquence d'augmenter significativement la charge de l'assuré (ménages et complémentaires), même en cas de respect du parcours de soins : ainsi, avec un taux de remboursement non pénalisé (de 70 %), le reste à charge est passé de 6,9 € à 8,4 € pour une consultation chez un spécialiste de secteur 1.

Le choix de l'option de coordination pour les médecins de secteur 2

Pour les spécialistes de secteur 2, une option de coordination a été créée : parfois appelée dispositif optionnel dans la convention, ce qui entraîne une confusion possible avec le secteur optionnel prévu par le protocole chirurgie d'août 2004, elle a pour objectif d'introduire dans le secteur 2 une maîtrise des dépassements, compensée par une prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des cotisations sociales des médecins. Elle s'adresse aux généralistes et aux spécialistes.

Cette option qui préfigure l'éventuelle définition d'un secteur nouveau à dépassements maîtrisés (secteur optionnel) s'applique aux patients dans le parcours, mais aussi aux assurés de moins de 16 ans non soumis au parcours : les actes cliniques doivent être facturés aux tarifs opposables du secteur 1 (c'est-à-dire avec les majorations réservées à ce secteur) et les actes techniques avec des dépassements maîtrisés plafonnés à 15% des tarifs opposables.

L'option de coordination a remporté un faible succès : à la fin de septembre 2006, les 286 médecins adhérents représentaient 3,8 % des omnipraticiens de secteur 2 et les 596 spécialistes 3 % du secteur 2.

Ainsi une grille tarifaire compliquée a été définie par les partenaires conventionnels : aux critères liés à la situation de l'assuré dans le parcours de soins se sont ajoutés des critères relatifs à la spécialité et surtout au secteur conventionnel d'appartenance des médecins (secteur 1 ou 2 avec dépassements).

2 – Les pénalisations pour non respect du parcours de soins

La loi prévoit deux types de pénalisations, non remboursées par les assurances complémentaires dans le cas des contrats responsables[284], qui se sont appliquées à compter du 1er janvier 2006.

284. Depuis 2002, les contrats d'assurance complémentaire dont l'adhésion n'est pas subordonnée à un questionnaire médical sont exonérés de la taxe de 7 % sur les contrats d'assurance. En outre, lorsqu'ils sont obligatoires et souscrits en entreprise,

a) La majoration du ticket modérateur

Une majoration de la participation de l'assuré (prévue au I de l'article L. 322-2) a été instituée « pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant ».

Deux décrets parus en novembre 2005 en ont précisé les modalités : fourchette de majoration (fixée entre 7,5 % à 12,5 %) à l'intérieur de laquelle l'UNCAM a compétence pour décider le taux de majoration (en l'occurrence 10 %), plafonnement (l'augmentation du ticket modérateur ne peut dépasser 2,50 € par acte), exceptions à la majoration dont les principales sont :

- cas d'urgence et d'éloignement du lieu de résidence habituelle prévus par la loi ;
- ALD protocolisée prévue par la loi ;
- soins itératifs et soins séquentiels tels que définis par la convention médicale de janvier 2005 ;
- spécialités laissées en accès direct (préalablement définies dans la convention médicale de janvier 2005) : gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, ophtalmologie, psychiatrie et neuro-psychiatrie.

b) Les dépassements autorisés

Le paiement de dépassements d'honoraires aux médecins relevant de certaines spécialités a été prévu pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins.

La loi a délégué à la convention le soin de définir les modalités de ces dépassements. Celles-ci ont compliqué le schéma initial :

- les dépassements incitatifs au respect du parcours ne sont facturables que par les spécialistes de secteur 1 (ou secteur 2 ayant choisi l'option de coordination ou recevant des bénéficiaires de la CMUC, puisqu'ils sont astreints dans ce cas à facturer en tarifs opposables) ;
- ils sont facturables aux patients hors parcours dans les spécialités qui ne sont pas désignées comme étant en accès direct, mais ils sont aussi

---

celle-ci peut déduire de ses cotisations fiscales et sociales le montant du financement qu'elle leur consacre.

Sur la base de l'article 57 de la loi d'août 2004 et le décret du 29 septembre 2005, seuls les contrats d'assurance complémentaire ne prenant pas à leur charge les pénalisations pour non respect du parcours de soins coordonné (majoration du ticket modérateur et dépassement autorisé) ainsi que la franchise de 1 € pourront prétendre aux déductions fiscales et sociales : ce sont les contrats responsables.

facturables dans les spécialités en accès direct : la convention et ses avenants ont en effet défini par exception, à l'intérieur de chacune de ces spécialités, les actes relevant de l'accès direct, les autres actes étant de facto soumis aux règles du parcours de soins.

Le champ d'application des deux pénalités est donc différent par rapport à la notion d'accès direct : la majoration de ticket modérateur ne s'applique à aucun des actes des spécialités en accès direct, alors que le dépassement autorisé peut s'appliquer aux actes des spécialités en accès direct dès lors qu'ils ne figurent pas dans la liste des actes spécifiés comme étant en accès direct. Ainsi une consultation chez un gynécologue n'est jamais passible d'une majoration de ticket modérateur mais peut, suivant le motif de cette consultation, donner lieu à la facturation d'un dépassement autorisé par le spécialiste de secteur 1. Cette double définition de l'accès direct, législative et conventionnelle, rend le système inutilement complexe : l'objectif recherché était de permettre la facturation des dépassements autorisés dans toutes les spécialités, mais la pratique montre que les médecins ne font guère usage de cette faculté (cf. infra).

La convention a limité les dépassements autorisés en pourcentage par acte (17,5 %) et plafonné en pourcentage leur part dans le chiffre d'affaires du médecin pour en modérer l'usage (la part des honoraires des actes sans dépassement doit être supérieure à 70 % du total des honoraires perçus).

Le taux de dépassement de 17,5 %, autorisé dans la convention, s'applique non pas au tarif de base de la CS (23 €) mais au tarif avec double majoration (28 €), ce qui conduit à facturer 33 € une CS hors parcours. Pour l'assuré pénalisé, dont le taux de remboursement passe également de 70 % à 60 %, le reste à charge est de 19,2 € (40 % de 33 €) au lieu de 6,9 € avant la réforme (30 % de 23 €).

Incitations négatives du PSC et franchise de 1 €

La franchise de 1 € par acte est due dans tous les cas de figure, indépendamment du comportement vertueux ou non des assurés : plafonnée à 50 € par an, elle s'ajoute donc aux incitations négatives du PSC et présente avec elles quelques différences de champ d'application.

En ce qui concerne les assurés en sont exonérés les assurés de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMUC[285], les femmes enceintes et les titulaires d'une pension militaire d'invalidité.

En ce qui concerne le périmètre des actes elle ne s'applique pas aux hospitalisations, mais s'applique aux actes de biologie dont le tarif remboursé est supérieur à 1 €.

3 – Les premiers effets financiers du dispositif

La loi d'août 2004 et les dispositions conventionnelles qui l'ont suivie mettent en place de nombreuses mesures dont les conséquences financières à court et long termes s'intriquent : leur évaluation est rendue difficile et conduit le ministère à prendre l'inflexion du taux de croissance constaté de l'ONDAM comme critère pertinent, sans chercher à en isoler les causes. La croissance des dépenses d'assurance maladie en soins de ville est en effet passée de +8 % en 2002 à +3,5 % en 2005.

Dans cet ensemble, le PSC n'a pas fait l'objet d'une prévision financière particulière, bien que ce dispositif entraîne à la fois des surcoûts certains, dus à la valorisation des nouvelles missions, et des économies potentielles, dues à une optimisation des soins médicaux.

Les surcoûts sont difficiles à cerner : la création de nouvelles prestations ou majorations constitue en effet, selon la DSS et la CNAMTS, un canal particulier par lequel sont passés des financements supplémentaires destinés à revaloriser le revenu des médecins. Sans le parcours de soins, ils auraient de toute façon été octroyés sous une autre forme, pour répondre à plusieurs finalités non explicitées : rééquilibrage de la profession de médecin généraliste, évolution attendue du revenu des médecins, récompense des efforts de la maîtrise médicalisée, compensation des pertes subies du fait même du parcours de soins…[286]

285. Les bénéficiaires de la CMUC sont soumis aux règles et aux pénalités du parcours de soins : les honoraires et les pénalités qui leur sont appliquées sont ceux des spécialistes de secteur 1, puisque le régime de la CMUC prévoit que les spécialistes de secteur 2 sont tenus de facturer en tarifs opposables. Quant à la majoration du ticket modérateur, elle ne s'applique pas en l'attente du décret d'application : la mise en oeuvre en est effet difficile puisque les bénéficiaires de la CMUC ont droit au tiers payant.

286. L'avenant n° 12 de mars 2006 a en effet compensé les pertes subies par huit spécialités dont le volume d'actes a baissé du fait du parcours de soins coordonné : ont été alloués 31,5 M€ d'honoraires remboursables supplémentaires, soit 22 M€ en dépenses remboursées.

a) Les effets conjugués du parcours de soins

Les effets favorables attendus du parcours de soins consistent principalement en une baisse des volumes d'actes de spécialistes, cliniques et techniques : l'économie qui en résulte pour l'assurance maladie obligatoire a été chiffrée à 76 M € en année pleine par la CNAMTS (au vu des constats réalisés sur les mois d'application de la réforme en 2005 et 2006). Ce chiffre a été calculé uniquement sur les actes cliniques (dépenses en droit constaté du régime général) par différence entre la dépense constatée et la prévision tendancielle établie à fin 2004. Dès lors que les indicateurs de la CNAMTS montrent un respect important du parcours de soins (87 % des actes ne dérogeraient pas aux règles), on peut supposer que cette tendance favorable se confirmera. En revanche, il semble qu'aucune décélération des actes techniques ne soit intervenue.

Les effets redoutés du parcours de soins résidaient principalement dans un risque de multiplication des consultations de généralistes due au passage obligé chez le MT, dans une augmentation non maîtrisée des avis ponctuels de spécialistes (C2), enfin dans une facturation excessive des dépassements autorisés. Sur la période examinée (s'arrêtant fin octobre 2006), ces risques semblent avoir été jugulés :

- le nombre de consultations des généralistes est réputé ne pas avoir augmenté, la croissance observée dans les dénombrements du régime général étant principalement attribuée, selon le ministère et la CNAMTS, à une épidémie de grippe ;
- les avis ponctuels, bien qu'en croissance régulière, demeurent raisonnables par rapport aux diverses hypothèses formulées au démarrage de la réforme : 8 millions d'actes ont été facturés en C2 sur les douze premiers mois d'application, soit une augmentation de 60 % par rapport à 2004 [287] ; ils représentaient un peu plus de 4 % des actes cliniques des spécialistes avant la réforme et un peu moins de 8 % en juin 2006 ;
- enfin, les dépassements autorisés sont très peu importants pour deux raisons : d'une part, le parcours est globalement respecté (il n'y a que 13 % des actes jugés hors parcours), d'autre part les spécialistes de secteur 1 ne les facturent que dans 13 % des cas possibles.

Les effets de transfert sont inhérents au parcours de soins coordonné, en raison des incitations négatives décrites plus haut : la majoration du ticket modérateur constitue un transfert de l'assurance maladie obligatoire vers les ménages, alors que les dépassements autorisés s'analysent davantage comme une augmentation de la recette

287. La cotation C2 préexistait en effet au parcours de soins ; en 2004, 5 millions d'actes avaient été facturés en C2.

des spécialistes de secteur 1 à la charge exclusive des ménages. Le respect du parcours par les assurés minore la portée de ce transfert.

b) Les chiffrages

Sans prendre en compte les mesures intervenues en 2006 (notamment en vertu de l'avenant de mars 2006), les effets conjugués des dispositions relatives au seul parcours de soins se traduisent en année pleine de la manière suivante :

Coût du dispositif du parcours de soins et gains pour les médecins

En M€

	Coût assurance maladie	Organismes complémentaires	Ménages	Gain des médecins
Surcoûts	+ 496	+ 63	+ 172	+ 731
Economies	- 307	- 28	- 12	- 347
Solde	+ 189	+ 35	+ 160	+ 384

Source : Extrapolation en année pleine des effets du parcours, établie par la CNAMTS (France entière tous régimes)

Le financement supplémentaire accordé aux médecins est de 384 M€ dont 42 % proviennent des seuls ménages (en vertu des contrats responsables) : il se répartit en +270 M€ pour les généralistes et +114 M€ pour les spécialistes (sans que l'on puisse différencier la part respective bénéficiant aux secteurs 1 et 2).

En intégrant les principales mesures de l'avenant annuel de mars 2006, les recettes supplémentaires (évaluées en année pleine) accordées aux médecins atteignent 755 M€, ce qui représente un peu moins de 4 % du total des honoraires de 2004.

Recettes accordées aux médecins

En M€

	Coût assurance maladie	Généralistes	Spécialistes	Gains des médecins
Mesures PSC	+ 189	+ 270	+ 114	+ 384
Compléments de l'avenant 2006				
- 1 € sur C	+ 251	+ 320	+ 19	+ 339
-mesures d'accompagnement	+ 22		+ 32	+ 32
Total	+ 462	+ 590	+ 165	+ 755

Source : Cour : tableau établi à partir des notes d'estimation financières de la DSS

CONCLUSION

A l'issue de ces analyses distinctes mais convergentes il apparaît que le manque de connaissance suffisamment précise, des revenus des médecins libéraux ou, dans une moindre mesure, des zones considérées comme sous dotées en médecins constitue un premier obstacle à l'adoption de mesures pertinentes de régulation de l'activité des médecins.

Les outils à disposition de l'Etat et de la CNAMTS qui permettraient de réguler l'activité des médecins apparaissent en outre souvent inadaptés. Les mesures de limitation du nombre de médecins ont été mises en œuvre de manière trop heurtée (numerus clausus) et n'ont permis ni de garantir une répartition géographique des médecins conforme aux besoins de la population, ni d'assurer un équilibre entre médecins généralistes et médecins spécialistes d'une part, entre secteur conventionné et secteur à honoraires libres d'autre part.

Ces outils ont par ailleurs été en partie détournés de leur objet. La classification commune des actes médicaux a certes permis de mettre en place, mais seulement pour les actes techniques, une méthode de codage et de cotation scientifiquement fondée. Il en résulte en principe une meilleure capacité de suivi et de pilotage des dépenses de soins, pour les actes accomplis à titre libéral ou hospitalier. En revanche l'objectif de rééquilibrage entre les différentes disciplines n'a été que très partiellement atteint à ce jour et celui de neutralité financière dans la mise en place de cette nouvelle classification a été abandonné.

Le parcours de soins coordonné constitue une nouveauté. La mise en place du médecin traitant s'est effectuée dans des délais courts et offre l'opportunité de développer en direction des médecins des actions ciblées en fonction des caractéristiques particulières des patients. Toutefois, la délégation de sa mise en œuvre aux partenaires conventionnels a eu pour conséquence de faire prévaloir les préoccupations tarifaires des médecins.

En outre, la négociation conventionnelle a conduit à un maquis tarifaire illisible par l'assuré, en raison de la prise en compte de considérations étrangères au seul parcours de soins, en l'occurrence différentes pour les médecins généralistes et les spécialistes.

Une large partie du territoire est désormais confrontée, pour certaines spécialités, à un monopole de fait des médecins de secteur à honoraires libres. Dans un contexte de progression sensible des revenus des médecins, les dépassements d'honoraires ont cru de manière très préoccupante, essentiellement pour les spécialistes du secteur à honoraires libres. Le reste à charge des assurés s'est sensiblement accru, tandis que les assurés font face à des obstacles croissants aux principes d'égalité d'accès aux soins et de libre choix, sans que les économies attendues du parcours de soins coordonnés et de la CCAM aient été suffisantes pour compenser les surcoûts que ces réformes ont générés pour l'assurance maladie.

RECOMMANDATIONS

19. Réduire le nombre d'instances chargées des questions de démographie médicale.

20. Mettre en place des mécanismes de pénalisation financière complétant les dispositifs incitatifs existants afin de mieux répartir l'offre de soins sur le territoire et de préserver l'égal accès aux soins.

21. Poursuivre les transferts de compétences entre professionnels de santé.

22. Disposer le plus rapidement possible d'une connaissance fine des revenus des médecins libéraux entre le secteur 1 et le secteur 2.

23. Mettre en place une analyse financière des sociétés d'exercice libéral.

24. Faire respecter l'objectif de neutralité financière initialement arrêté pour la CCAM en programmant des baisses de tarif en particulier pour les radiologues.

25. Réexaminer le dispositif des dépassements autorisés du secteur 1 qui engendre une grande part de la complexité de la tarification du parcours de soins coordonné.

26. Conduire sans tarder une réflexion sur l'articulation du paiement à l'acte et du paiement au forfait des médecins généralistes.

Chapitre IX

La dépense de médicament

PRÉSENTATION

La France se caractérise par un niveau de prescription et de consommation de médicaments supérieur à celui de ses voisins européens sans que cela se justifie par des indicateurs de morbidité ou de mortalité différents.

Au contraire, cette situation peut avoir des conséquences dommageables en termes de santé publique, à cause du mauvais usage du médicament.

Les conséquences en termes de maîtrise des dépenses de santé sont également importantes. Les dépenses de médicaments remboursables délivrés en ville ont en effet évolué très rapidement depuis plus de 10 ans. Elles représentent 20,2 Md€ en 2005, soit un tiers des dépenses de soins de ville dont elles « tirent » la croissance (elles ont contribué à plus de 50,7 % à la croissance de ces dépenses entre 2004 et 2005). Quant aux achats de médicaments à l'hôpital, ils s'élèvent à 4 Md€, dépenses en forte augmentation depuis dix ans.

Après une actualisation des conditions de l'admission au remboursement des médicaments délivrés en ville, la Cour analyse le comportement des prescripteurs et des consommateurs en ville puis les conditions de l'achat de médicaments dans les établissements de santé publics et privés, afin de dégager des voies d'amélioration.

Cette étude a été réalisée en collaboration entre la Cour et les chambres régionales des comptes[288].

La Cour s'étant intéressée régulièrement dans le passé à la question du médicament[289]*, ce chapitre sera également l'occasion de faire le suivi des recommandations énoncées dans les précédents rapports sur la sécurité sociale.*

288. Ont participé à l'enquête les Chambres d'Aquitaine, d'Auvergne, de Basse Normandie, de Bretagne, de Bourgogne, du Centre, de Champagne-Ardenne, de Corse, de Franche-Comté, de Haute Normandie, d'Ile-de-France, du Limousin, de Lorraine, du Nord-Pas-de-Calais, des Pays de la Loire, de Picardie, du Poitou-Charentes, de Provence-Alpes-Côte d'Azur, du Rhône-Alpes.

289. Voir les rapports sur la sécurité sociale de 2001 pp. 85-110, 2002, pp 368-382, 2003 pp. 213-216 et 2004 pp. 305-355.

I - L'admission au remboursement

Un médicament ne peut être commercialisé sur le marché français que s'il dispose d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) délivrée soit par l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), soit par son homologue européenne, l'agence européenne d'évaluation des produits de santé (EMEA).

L'attribution de l'AMM, qu'elle soit française ou européenne, est fondée sur trois critères : l'efficacité, l'innocuité et la qualité du médicament[290]. Le médicament obtient une AMM dès lors que son rapport bénéfices/risques a été jugé positif. Il en résulte que l'AMM n'a pas pour objet de limiter le nombre de médicaments admis sur le marché, ni de comparer les médicaments entre eux. Cette comparaison est censée intervenir au stade suivant, où la commission de la transparence formule, à la demande du laboratoire concerné, un avis sur l'admission au remboursement du produit.

Toutefois, tant les conditions de l'évaluation des médicaments à fin d'admission au remboursement, que celles de leur évaluation après commercialisation souffrent d'insuffisances au regard d'un objectif de maîtrise de la dépense.

A – Les critères de l'évaluation initiale

La commission de la transparence, transférée de l'AFSSAPS à la HAS par la loi du 13 août 2004, est chargée d'évaluer, indication par indication, le service médical rendu par un médicament (SMR), ainsi que l'amélioration du service médical rendu par le même médicament (ASMR)[291].

1 – Les critères de l'admission au remboursement

a) Le SMR

L'appréciation du SMR prend en compte six critères, fixés par le décret du 27 octobre 1999 (art. R. 163-3-I. du CSP) : l'efficacité, les effets

290. La législation en vigueur a été modifiée par la loi du 26 février 2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament, qui a transposé la directive communautaire 2004/27/CE.

291. L'évaluation de la commission de la transparence intervient au stade de la demande de première inscription d'un médicament sur la liste des médicaments remboursables et au stade de la demande d'extension d'indication.

indésirables du médicament, sa place dans la stratégie thérapeutique, la gravité de l'affection à laquelle il est destiné, le caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement médicamenteux et enfin son intérêt pour la santé publique (ISP).

Le SMR est mesuré sur une échelle comprenant 4 niveaux, qui déterminent le taux de remboursement[292] : les médicaments ayant un SMR important sont remboursés à 65 %, ceux ayant un SMR modéré ou faible à 35 %, tandis que les médicaments présentant un SMR insuffisant ne peuvent être inscrits sur la liste des médicaments remboursables.

Le SMR, tel qu'il est aujourd'hui appliqué, ne permet pas une grande sélectivité dans l'admission des spécialités au remboursement. En 2006, seules 16 spécialités ont été considérées comme ayant un « SMR insuffisant » au stade de la première inscription (soit 3,5 % de l'ensemble des SMR attribués). La même proportion se retrouve au stade des extensions d'indications. De manière symétrique, le taux d'attribution de « SMR important » est très élevé (87 % en 2006). Ainsi, la quasi-totalité des médicaments ayant obtenu une AMM sont admis au remboursement au taux le plus élevé.

Cette situation est en partie due au fait que le SMR est principalement évalué à partir de l'efficacité et des effets indésirables du médicament, pondérés par la gravité de la pathologie. Le critère d'intérêt de santé publique, qui fait certes l'objet d'une définition approfondie dans un document élaboré par la HAS[293], est peu utilisé en pratique. En particulier, les trois dimensions de l'impact de santé publique (l'impact du médicament sur l'état de santé de la population, la réponse apportée à un besoin de santé publique, l'impact du médicament sur le système de santé) n'apparaissent pas toujours distinctement dans les avis de la commission de transparence, ni la pondération respective des différents critères d'évaluation.

Il en résulte une confusion entre les notions de « SMR insuffisant » et d'inefficacité du produit, alors que le terme de « SMR insuffisant » devrait signifier plutôt « insuffisant pour justifier une prise en charge par la solidarité nationale », soit parce qu'il présente un intérêt clinique limité, soit parce qu'il n'est pas considéré comme prioritaire.

---

292. La fixation du taux de remboursement appartient au directeur de l'UNCAM, mais la décision de celui-ci est liée par le SMR déterminé par la commission de la transparence.

293. Rapport du groupe de travail de la commission de la transparence sur l'impact de santé publique des médicaments : « Intérêt de santé publique des médicaments : principes et méthode d'évaluation », février 2006.

La Cour avait souligné dans son rapport sur la sécurité sociale de 2004 [294] les lacunes du référentiel utilisé par la commission de la transparence. Elle ne peut que recommander une nouvelle fois la réforme des critères d'admission au remboursement, selon un schéma qui permette de ne pas réduire le SMR à l'intérêt clinique du médicament (efficacité, effets indésirables) mais prenne en compte l'intérêt de santé publique selon des modalités qui restent à définir.

Une autre difficulté réside dans la possibilité pour certains médicaments de se voir attribuer des indications remboursables et d'autres non remboursables, puisque la commission de la transparence se prononce indication par indication. Aux termes de l'article L. 162-4 du code de la sécurité sociale, le médecin est censé faire figurer sur l'ordonnance la mention « NR » (non remboursable) lorsqu'il prescrit un médicament dans une indication non remboursable. Cette obligation n'est pas effective du fait de la difficulté pour le médecin de faire le partage entre les indications remboursables et non remboursables d'un même produit et de l'absence de contrôle, les contrôles réalisés par la CNAMTS sur ce phénomène demeurant très théoriques, puisqu'elle ne peut remonter à la pathologie. Cette situation se complique encore davantage dans les cas où il existe des dosages différents pour un même principe actif et une même indication et où seuls certains dosages sont admis au remboursement[295].

b) L'ASMR

L'avis de la commission de la transparence comporte également, de manière concomitante, l'appréciation, pour chacune des indications thérapeutiques, de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) apportée par le médicament. Ce critère suppose donc une comparaison du médicament avec les alternatives thérapeutiques existantes, qui peut s'effectuer soit directement (en comparant un produit A au produit B), soit indirectement en comparant les deux produits à un placebo.

Les médicaments qui n'apportent pas d'amélioration du service médial rendu (classés en « ASMR V ») ne peuvent être inscrits sur la liste des médicaments remboursables que s'ils apportent « une économie dans

294. Cf. recommandation n°39 : « compléter la réforme de la commission de la transparence, en accélérant la parution du décret précisant le nouveau référentiel de l'évaluation des médicaments, en lui confiant les missions de l'observatoire du médicament, en intégrant des experts médico-économiques et en excluant le LEEM, enfin en lui donnant les moyens humains et financier adéquats ».

295. A titre d'exemple, plusieurs spécialités de la classe des statines sont concernées par ce phénomène.

le coût du traitement médicamenteux ». Il en résulte que l'admission au remboursement dépend à la fois du SMR et de l'ASMR. L'ASMR détermine également le niveau de prix (ASMR I, II et III=avantage de prix, IV=léger avantage de prix possible, V=prix plus bas que celui des médicaments comparables).

L'analyse des décisions rendues par la commission de la transparence fait apparaître une majorité de médicaments ayant une ASMR V, c'est-à-dire n'apportant aucune amélioration[296].

Par ailleurs, le caractère non obligatoire et donc non systématique des essais cliniques contre comparateurs est problématique. La commission de la transparence ne dispose pas du pourcentage exact de dossiers présentant des essais cliniques contre comparateurs, mais une estimation réalisée à partir d'un échantillon laisse à penser que moins de la moitié des dossiers dispose de ces données. Or les évaluations indirectes contre placebo n'apportent pas le même niveau de preuve.

Il serait par conséquent souhaitable de rendre obligatoires, dans tous les cas où cela est possible, de tels essais contre comparateurs au stade de l'évaluation par la commission de la transparence.

2 – L'absence d'analyse médico-économique

Le constat dressé par la Cour dans son rapport sur la sécurité sociale de 2004 sur l'absence d'expertise médico-économique est toujours vrai : « *ni la commission de la transparence, recentrée sur sa mission d'expertise médicale, ni le comité économique des produits de santé (CEPS) dont la mission est de réguler les prix, n'assument actuellement la mission transversale d'analyse médico-économique* ».

Les comparaisons internationales montrent que d'autres pays, sans recourir à la notion de SMR, définissent des priorités et restreignent plus énergiquement l'accès au remboursement de certains médicaments.

Ainsi en Allemagne, selon une étude de l'IRDES[297], la réforme décidée en 2004 a exclu la prise en charge de nombreux médicaments : les médicaments de prescription non obligatoire, même s'ils sont prescrits, sauf traitement standard de maladies graves et/ou pour les enfants de moins de 12 ans ; certains médicaments de prescription obligatoire pour les plus de 18 ans, en particulier pour les problèmes

296. 58 % en 2005, 54 % en 2006.

297. Source : IRDES, questions d'économie de la santé n°99 : « les politiques de prise en charge des médicaments en Allemagne, Angleterre, France », octobre 2005.

mineurs (états grippaux, rhumes) ; les médicaments dont l'indication est une amélioration de la qualité de vie.

En Angleterre, selon la même étude, plusieurs groupes de produits sont exclus de la prescription, notamment sur la base d'arguments médico-économiques (médicaments à risque de mésusage ; produits dont les coûts ne sont pas justifiés au regard des priorités du National Health Service (NHS) ; et seules les versions les moins chères sont prises en charge pour 17 médicaments comme les antalgiques, les laxatifs, les benzodiazépines, etc.). Le rapport coût-efficacité d'un médicament est ainsi un critère essentiel dans les décisions de prise en charge en Angleterre.

En France, la réforme de l'assurance-maladie par la loi du 13 août 2004 n'a pas permis de combler cette lacune. Certes, l'UNCAM s'est vu transférer la compétence de fixer le taux du remboursement, mais avec une limite importante puisqu'elle n'a aucune compétence sur les prix auxquels s'applique ce taux.

Selon la CNAMTS, une voie de réforme possible pourrait consister à donner le droit à l'UNCAM, sur la base d'une évaluation médicale et médico-économique[298], de refuser la prise en charge de certains produits dont l'efficacité n'est pas suffisamment démontrée par rapport à leur coût. Une telle réforme, qui paraît en effet cohérente avec le transfert de compétence entre l'Etat à l'assurance-maladie déjà intervenu en matière de CCAM (cf. chapitre VIII), supposerait cependant un encadrement par l'Etat.

B – L'évaluation des médicaments « en vie réelle »

Le suivi des médicaments après leur commercialisation peut s'exercer dans le cadre du suivi post-AMM comme dans celui de la réévaluation de la liste des médicaments remboursables. Une place à part est réservée à la prescription hors AMM, qui est l'un des aspects de l'utilisation en vie réelle des médicaments.

1 – Le suivi des médicaments après l'obtention de l'AMM

a) Les décisions de pharmacovigilance

La surveillance du risque et du bon usage des produits de santé constitue une mission essentielle de l'AFSSAPS. La possibilité introduite

298. Selon la HAS, une telle évaluation médico-économique pourrait relever de ses attributions. Un groupe de travail a d'ailleurs été mis en place à cet effet.

par la loi du 26 février 2007 de renouveler l'AMM au bout de cinq ans, désormais sans limitation de durée, va encore accroître les exigences en matière de pharmacovigilance.

Le directeur général de l'AFSSAPS a la possibilité de suspendre ou de retirer une autorisation de mise sur le marché notamment lorsque la balance bénéfices-risques n'est pas considérée comme favorable dans les conditions normales d'emploi ou lorsque l'effet thérapeutique annoncé fait défaut[299].

Dans les faits, les décisions de retraits et de suspensions d'AMM interviennent souvent tardivement. Certains médicaments, dont la balance bénéfices-risques est contestée depuis plusieurs années et qui ont été retirés du marché dans des pays voisins, restent commercialisés en France.

Certes, la réévaluation de la balance bénéfices-risques d'un médicament est un processus complexe et la pharmacovigilance ne se limite pas aux retraits et suspensions d'AMM. Il n'en demeure pas moins que l'introduction de restrictions d'indications dans les résumés caractéristiques de produits (RCP) n'a évidemment pas le même effet qu'une mesure de suspension ou de retrait d'AMM.

L'information relative à la pharmacovigilance pourrait être améliorée : les rapports d'enquête de pharmacovigilance ne sont pas publiés, ni, sauf exception, les études de pharmaco-épidémiologie ayant conduit à des modifications des RCP. Le signalement par l'AFSSAPS des modifications de RCP pour raisons de pharmacovigilance n'est pas systématique. Les comptes-rendus de la commission de pharmacovigilance sont mis en ligne avec un délai de 3 ou 4 mois (*cf. infra*) et sont parfois incomplets.

b) Les études post-AMM

La surveillance des médicaments après leur commercialisation est longtemps restée insuffisante faute d'études ou d'essais post-AMM réalisés sous l'égide des pouvoirs publics. Or, ces études sont utiles pour poursuivre l'évaluation de la balance bénéfices-risques des médicaments en situation réelle, identifier les risques non étudiés ou tardifs qui pourraient apparaître lors de l'utilisation d'un médicament et étudier l'impact sur le système de soins de l'utilisation de ce médicament. Ces études peuvent être réalisées par les laboratoires pharmaceutiques à la

299. Article L. 5121-9 du CSP issu de la loi du 26 février 2007 transposant la directive européenne 2004/27/CE sur le médicament.

demande de la commission de la transparence, du CEPS ou de l'AFSSAPS, ou bien être financées ou réalisées par les pouvoirs publics.

Les études réalisées par les firmes pharmaceutiques

La réglementation communautaire impose depuis novembre 2005 aux laboratoires pharmaceutiques d'intégrer des plans de gestion des risques (PGR) dans le dossier d'AMM de certains produits[300]. Ces plans peuvent prévoir des études post-AMM et/ou un plan de minimisation des risques. Ils peuvent également être déposés en post-AMM suite à la mise en évidence d'un signal de pharmacovigilance. En 2006, 16 études post-AMM ont ainsi été soumises à l'AFSSAPS ainsi que 9 études observationnelles.

A ces études post-AMM demandées par l'AFSSAPS s'ajoutent des études post-inscription à la demande de la commission de la transparence. Toutefois, en dépit de l'accord-cadre conclu en juin 2003 entre le CEPS et le LEEM (Les Entreprises du médicament), qui était supposé élargir le champ des études post-AMM et prévoir leur financement, le nombre d'études post-AMM effectivement menées à terme reste très faible : un bilan réalisé en mai 2007 sur les 131 études demandées depuis 1997 par le CEPS et/ou la commission de la transparence a montré que seulement 12 % des études avaient été menées à terme et que pour 43 %, le protocole était en cours de mise en œuvre.

Aucune sanction n'a été prévue à l'encontre des laboratoires qui ne mettraient pas en œuvre ces études ou les mettraient en œuvre avec retard. Un avenant du 29 janvier 2007 à l'accord cadre précité du 13 juin 2003 entre le CEPS et le LEEM se contente d'indiquer que « les délais dans lesquels les études doivent être entreprises (…) sont définis par l'avenant à la convention [signée entre le laboratoire et le CEPS], qui peut prévoir également les conséquences à tirer du non-respect de ces délais ».

Les études financées par les pouvoirs publics

L'AFSSAPS n'a financé que six études post-AMM de 1999 à 2004, soit une par an en moyenne. Le retrait de plusieurs médicaments du marché intervenu entre 2001 et 2004 a conduit cependant à développer davantage les études post-AMM : depuis 2005, l'AFSSAPS a mis en place un programme d'études dont les grands axes sont approuvés par le conseil scientifique, doté d'un budget d'environ 800 000 €. Le nombre

300 . Nouveaux médicaments, médicaments génériques lorsqu'un problème de sécurité a déjà été identifié avec le médicament princeps, médicaments déjà commercialisés mais dont la demande d'extension de l'autorisation de mise sur le marché entraîne des changements significatifs des conditions d'emploi du produit.

d'études de pharmaco-épidémiologie financées par l'agence a fortement progressé : 19 études ont été financées de 2005 à 2006. Toutefois, ces études ne sont pas rendues publiques.

Pour sa part, le groupement d'intérêt scientifique « évaluation épidémiologique des produits de santé » créé en août 2004 entre le ministère de la santé, la CNAMTS et l'INSERM afin de développer l'évaluation post-AMM n'a eu qu'une activité limitée : seules trois études ont débuté sur les cinq initialement prévues.

Un meilleur équilibre entre les études post-AMM conduites par les autorités publiques et celles conduites par le secteur privé doit donc être recherché, l'intervention publique demeurant trop réduite, en dépit des premières évolutions constatées depuis quelques années. Ce GIP a entrepris mi-2007 d'y remédier.

2 – Le suivi des médicaments après l'admission au remboursement

Pas plus qu'au stade de l'admission au remboursement, la France n'a développé de système réellement sélectif au stade de la réévaluation des médicaments en cours de commercialisation. Le cas de la réévaluation des médicaments à SMR insuffisant est symptomatique.

Longtemps attendue, cette réévaluation a finalement eu lieu entre 1999 et 2001, à la demande conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La commission de la transparence avait alors évalué le SMR de 4 490 spécialités. Elle a conclu que pour 835 d'entre elles, le SMR était insuffisant pour justifier leur remboursement par la sécurité sociale. Mais dans un premier temps, aucun déremboursement n'a été décidé : ces spécialités ont simplement fait l'objet de baisses de taux et de baisses de prix. Dans un deuxième temps, les pouvoirs publics ont décidé de procéder à une actualisation de leur réévaluation en trois vagues :

- la première vague a porté sur 60 médicaments considérés comme n'ayant pas de place dans la stratégie thérapeutique. Ils ont été déremboursés par arrêté du 24 septembre 2003. L'économie qui en a résulté a représenté, selon la DSS, 43 M€ en année pleine ;
- la deuxième vague a concerné 245 médicaments de prescription médicale facultative. La HAS a recommandé, le 14 septembre 2005, la radiation de la liste des médicaments remboursables de la très grande majorité de ceux-ci. Le ministre de la santé et des solidarités a décidé le retrait du remboursement de 152 de ces 245 médicaments et le maintien jusqu'au 1er janvier 2008 de 61 d'entre eux, à un taux de

remboursement de 15 %[301], assorti du paiement du ticket modérateur pour les patients en ALD. La deuxième vague de réévaluation a permis au total 460 M€ d'économies en année pleine (345 M€ pour 2006) ;

- la troisième vague, qui a rapporté 34 M€ d'économies en année pleine, a concerné 133 médicaments, principalement à prescription médicale obligatoire. La HAS a jugé le SMR insuffisant pour 89 d'entre eux. Le ministre n'a pas suivi l'avis de la HAS. Pour 48 vasodilatateurs, il a décidé de conserver leur prise en charge à hauteur de 35 %, tout en leur appliquant une baisse de prix pouvant aller jusqu'à 20 %. Les 41 médicaments restants sont remboursés par l'assurance-maladie à 15 % au lieu de 35 %, avant d'être complètement déremboursés au 1er janvier 2008.

Les décisions prises ainsi lors des deuxième et troisième vagues ne vont pas dans le sens d'une gestion active de la liste des produits remboursables et ne permettent donc pas d'affecter les financements collectifs en priorité à la prise en charge des traitements les plus performants. Même si elles ne sont, dans certains cas, que temporaires, elles témoignent de la difficulté des pouvoirs publics à réviser la liste des spécialités remboursables.

De surcroît, parmi les scénarios possibles, c'est l'un de ceux qui rapportait le moins d'économies pour l'assurance-maladie qui a été retenu, sachant que le déremboursement total des spécialités à SMR insuffisant aurait pu se traduire au total par 147 M€ d'économies pour l'année 2007.

C – La transparence de l'évaluation des médicaments

La directive communautaire 2004/27 CE, qui a accru les obligations des agences en matière de transparence, a été transposée par la loi du 26 février 2007. Cette directive reprend plusieurs obligations déjà en vigueur en droit français, mais qui n'étaient que partiellement mises en œuvre par l'AFSSAPS.

1 – L'identification et la gestion des conflits d'intérêt

Pour assurer leurs missions d'évaluation, l'AFSSAPS et la HAS s'appuient largement sur des experts externes. La crédibilité de cette expertise suppose la transparence des procédures d'évaluation et la gestion des conflits d'intérêt. Or, celle-ci reste insuffisante.

301. Cette décision a nécessité une évolution du droit en vigueur pour autoriser le maintien temporaire de la prise en charge de médicaments ayant un SMR insuffisant.

La déclaration d'intérêts des experts travaillant pour l'AFSSAPS constitue une obligation légale depuis la loi du 1er juillet 1998 sur le renforcement de la sécurité sanitaire. Depuis 2005, l'AFSSAPS a pris des mesures pour améliorer la détection et la gestion des conflits d'intérêt (déclarations électroniques, détermination des niveaux de conflits, exclusion de l'expert concerné par un conflit d'intérêt majeur). Le rapport annuel des déclarations d'intérêt (RAPDI) 2006, publié fin juillet 2007, montre que 81 experts n'ont pas fourni à temps leurs déclarations d'intérêts, ce qui représente 7 % de non-déclarants contre 11,5 % en 2005. L'évolution positive observée en 2006 doit être poursuivie.

La déclaration d'intérêts des agents de l'AFSSAPS n'a commencé à être mise en œuvre qu'au premier semestre 2006. La loi du 26 février 2007, qui a retenu le principe d'une déclaration annuelle des experts et des agents, a amélioré le dispositif. Toutefois, la question du délai de publication de ces déclarations des conflits reste posée.

En ce qui concerne la HAS, les déclarations d'intérêt des rapporteurs extérieurs devant la commission de la transparence, pourtant prévues par l'article R. 163-17 du code de la sécurité sociale, ne sont ni systématiques, ni actualisées.

L'identification des conflits d'intérêt est également problématique à l'INCa, dont le comité de déontologie ne s'est réuni qu'une fois par an, sans examiner ce sujet depuis fin 2005.

2 – La publication des rapports d'évaluation d'AMM (RAPPE)

La publication des RAPPE, prévue par la directive et figurant déjà dans la loi de 1998 sur la sécurité sanitaire, a été reprise par la loi du 26 février 2007. La publication des RAPPE n'avait débuté qu'en juin 2004. Dans un premier temps, l'AFSSAPS a choisi de publier les RAPPE pour les seules AMM correspondant à de nouveaux médicaments ou à des extensions d'indications majeures.

3 – La publication des ordres du jour, des comptes-rendus et du règlement intérieur des commissions

La disposition la plus novatrice de la directive communautaire concerne la publication du règlement intérieur, des ordres du jour, et des comptes-rendus, assortis des décisions prises, du détail des votes et des explications de vote, y compris les opinions minoritaires des commissions en charge de l'évaluation des médicaments (commission d'AMM, commission de la pharmacovigilance, commission chargée du contrôle de la publicité, commission de la transparence).

Le site Internet de l'AFSSAPS ne comporte actuellement qu'une partie des informations requises par la directive communautaire de 2004, contrairement aux engagements pris par l'AFSSAPS en 2006. En juillet 2007, les ordres du jour des commissions ne sont toujours pas rendus publics. En moyenne, les comptes-rendus des commissions d'AMM sont mis en ligne avec sept mois de retard, et ceux de la commission de pharmacovigilance avec un délai de trois ou quatre mois. S'agissant des sept autres commissions[302], seule leur composition figure sur le site de l'AFSSAPS, sauf pour la commission chargée du contrôle de la publicité, dont le règlement intérieur a été mis en ligne en 2007.

S'agissant de la commission de la transparence, la publication des comptes-rendus et des ordres du jour n'est pas encore effective.

4 – Les progrès attendus

Au regard de la situation actuelle, les dispositions de la loi du 26 février 2007 constituent un net progrès dans la recherche d'une transparence accrue. Néanmoins, la loi n'impose aucun délai de publication des comptes-rendus des réunions des commissions et des RAPPE. Or, si l'on peut comprendre que la mise en ligne de ces documents ne puisse être immédiate, il n'en demeure pas moins que le délai actuel pour les comptes-rendus de la commission d'AMM n'est pas satisfaisant. De même, les délais de publications des RAPPE sont parfois excessifs.

D'autre part, la question de la transparence du fonctionnement des groupes de travail reste entière. Ces groupes de travail, qui sont plus d'une cinquantaine, effectuent l'essentiel du travail d'examen des évaluations préalablement réalisées par les experts internes ou externes, les commissions n'examinant au fond que les rares dossiers qui ne font pas l'objet d'un consensus. Or, le site Internet de l'AFSSAPS ne mentionne ni l'existence, ni la composition ni les travaux de ces groupes d'experts. L'obligation de transmettre une déclaration d'intérêt est insuffisamment respectée dans ces groupes. S'agissant du groupe de travail sur les conditions de prescription et de délivrance (GTCPD), qui joue un rôle crucial pour la taille du marché du futur médicament puisqu'il peut restreindre ou non les conditions de prescription et de délivrance des médicaments, le RAPDI 2005 indiquait que seuls sept de

302 . Commission chargée du contrôle de la publicité et de la diffusion des recommandations sur le bon usage du médicament, commission nationale de matériovigilance, commission nationale de biovigilance, commission nationale des stupéfiants et psychotropes, commission chargée du contrôle de la publicité en faveur des objets, appareils et méthodes présentés comme bénéfiques pour la santé; commission nationale de la pharmacopée, commission de la cosmétologie.

ses 15 membres avaient fourni une déclaration d'intérêt datée de 2005, six avaient une déclaration de plus d'un an et deux n'avaient fourni aucune déclaration.

II - La consommation et la prescription

A – La consommation

1 – Etat des lieux

La France consomme davantage de médicaments par habitant que ses voisins européens.

Si le nombre de consultations par personne diffère relativement peu entre la France (4,9 par an), l'Allemagne (5,2), l'Espagne (4,8) et les Pays-Bas (3,2), en revanche le niveau de médicaments consommés est très supérieur en France : en moyenne, les Français consomment 1,9 médicament par semaine et par personne, contre 1,6 pour les Allemands, 1,4 pour les Espagnols et 1,3 pour les Néerlandais. De même, le nombre de médicaments prescrits par semaine est de 1,6 contre 1,2 en Allemagne et en Espagne, et 0,9 aux Pays-Bas[303].

Bien que la consommation d'antibiotiques ait baissé de 13% entre 2002 et 2005, la France continue de se caractériser par une consommation d'antibiotiques deux fois plus élevée en moyenne annuelle qu'en Allemagne et au Royaume-Uni et trois fois plus élevée qu'aux Pays-Bas[304]. Les Français figurent également parmi les premiers consommateurs de statines en Europe, avec une consommation moyenne de 50 % supérieure à celle de l'Allemagne[305], sans que cet écart puisse s'expliquer par des différences d'état de santé de la population. La France se situe également parmi les plus grands consommateurs de tranquillisants et d'hypnotiques, mais aussi de veinotoniques et de vasodilatateurs, en dépit de leur classement parmi les médicaments à service médical rendu insuffisant.

La consommation de médicaments est très concentrée, notamment sur les personnes âgées de plus de 65 ans et les personnes atteintes

303. Source : Enquête IPSOS « Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance », février 2005. Sondages réalisés entre décembre 2004 et janvier 2005.
304. Source : Sophie Pépin, Philippe Ricordeau, « la consommation d'antibiotiques : situation en France au regard des autres pays européens », Points de repère, novembre 2006.
305. Source : CNAMTS, Point d'information mensuel du 14 avril 2005.

d'affection de longue durée (ALD). Selon les estimations du régime général, 1,5 millions de personnes de plus de 65 ans consomment régulièrement plus de sept médicaments de classes thérapeutiques différentes.

Cette forte consommation de médicaments est susceptible d'avoir des effets négatifs sur la santé notamment lorsqu'elle conduit au développement de résistances (antibiotiques, etc.) ou à des risques de iatrogénie médicamenteuse (effets indésirables liés à la prise simultanée de plusieurs produits). Environ 130 000 personnes sont hospitalisées en France chaque année en raison d'un accident lié à la prise de médicaments, dont au moins 40 % seraient évitables.

2 – Les actions sur les comportements des patients

Si les habitudes de prescription des médecins jouent un rôle déterminant pour expliquer la forte consommation de médicaments en France, les patients peuvent parfois influencer ce comportement de prescription. L'étude IPSOS précitée indique que 46 % des médecins français déclarent faire l'objet d'une « pression à la prescription », contre 36 % des médecins allemands ou espagnols et seulement 20 % des médecins néerlandais. Il semble toutefois exister un malentendu entre médecins et patients en France, puisque 58 % des médecins français déclarent ressentir une attente de prescription pour des rhumes par exemple, alors que seuls 24 % des patients disent l'estimer nécessaire.

Outre leur possible influence sur les médecins, les patients sont directement responsables de la correcte observance des traitements prescrits. C'est pourquoi l'information grand public sur le médicament et les actions d'éducation thérapeutique constituent deux vecteurs pour infléchir les comportements des patients en matière de consommation de médicaments. Or, l'intervention publique dans ces deux domaines reste insuffisante.

a) L'information grand public sur le médicament

L'information sur le médicament à destination du grand public souffre, comme l'information à destination des prescripteurs (cf. infra), d'un trop grand éparpillement et de la place excessive laissée à l'information privée.

S'agissant de l'assurance maladie, la Cour avait analysé dans son rapport sur la sécurité sociale de 2005 le succès de la campagne sur le bon usage des antibiotiques conduite entre 2002 et 2005 et avait regretté

qu'une seule campagne de ce type ait été réalisée[306]. A ce jour, une seule autre campagne grand public est envisagée : elle concerne la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

L'AFSSAPS dispose également d'une gamme d'outils d'information à destination du grand public. Ceux-ci sont principalement mis à disposition du public sur son site Internet, d'un accès particulièrement difficile jusqu'à présent. La refonte annoncée de ce site devrait toutefois permettre de structurer les informations aussi bien par type de public que par type de produit et par thème de santé.

La HAS communique avec le grand public essentiellement par l'intermédiaire de son site Internet, qui lui, est déjà structuré par type de public.

Quant à l'INPES, il tend à développer des actions dans le domaine de l'éducation du patient.

L'ensemble de ces intervenants produit une information assez hétérogène, qui ne couvre pas l'ensemble des questions que se posent les assurés. Une meilleure coordination entre acteurs publics serait nécessaire.

Faute d'une information publique suffisante, une place importante est donc laissée à l'information « privée » sur le médicament. C'est précisément pour tenter de la contrôler que la loi du 13 août 2004 confie à la HAS la mission « d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé ». La HAS a pour l'instant élaboré une recommandation pour aider les internautes à chercher des informations sur la santé et à évaluer la qualité des sites web. Par ailleurs, un message de sensibilisation a été rédigé à destination des médecins afin qu'ils connaissent mieux l'utilisation d'Internet par les patients et soient incités à dialoguer avec eux sur le sujet. Mais il ne s'agit pas encore de certification : la HAS n'a pour l'instant réalisé qu'un état des lieux sur les systèmes d'évaluation de la qualité des sites.

b) Les programmes d'aide à l'observance

Quelques firmes pharmaceutiques proposent des programmes « d'aide à l'observance » ou « d'accompagnement des patients ». Ces programmes, qui visent à améliorer l'observance des traitements médicamenteux, peuvent avoir des effets pervers lorsqu'ils s'apparentent à de la publicité et permettent de contourner l'interdiction de publicité directe auprès du public pour les médicaments de prescription.

306. Cf recommandation n°33 : « développer fortement l'information des assurés sociaux sur les bonnes pratiques de prévention et de soins ».

Initialement développés aux Etats-Unis, ces programmes ont été implantés depuis quelques années en France : l'AFSSAPS, via la commission de contrôle de la publicité, a été saisie depuis 2001 de 15 programmes de ce type, dont six durant la seule année 2006. En l'état actuel de la réglementation, il n'existe pas de cadre juridique spécifique permettant d'encadrer de telles initiatives et les dossiers sont examinés au cas par cas. Pour l'instant, huit programmes ont été autorisés par l'AFSSAPS, mais elle n'exclut pas que d'autres aient été mis en place sans qu'elle soit consultée. Selon l'AFSSAPS, ces programmes ne seraient d'ailleurs pas des programmes d'aides à l'observance, mais plutôt des programmes d'éducation des patients (sur les modalités d'administration d'un produit, le contexte de prise en charge globale d'une pathologie, etc.).

Par ailleurs, une recommandation de l'agence européenne du médicament du 14 novembre 2005, dépourvue de portée réglementaire, indique en annexe que les plans de gestion des risques (PGR) désormais requis pour certains médicaments peuvent comprendre des programmes d'aide à l'observance réalisées par les entreprises pharmaceutiques. Selon l'AFSSAPS, les plans de gestion des risques européens se bornent pour le moment à prévoir des programmes d'éducation thérapeutique : seuls deux d'entre eux prévoient un programme « d'accompagnement » des patients. En France, ces deux programmes devraient dans un premier temps se limiter à des actions d'information/formation des professionnels de santé. Mais un bilan à six mois est prévu qui réexaminera la question de la mise en place éventuelle d'un plan d'accompagnement.

Une proposition de loi est en cours de préparation afin d'encadrer ces programmes. Le développement des initiatives des firmes pharmaceutiques dans ce domaine nécessite en effet une clarification du cadre juridique. Les travaux en cours devront encadrer strictement ces programmes, qui ne peuvent être autorisés qu'à la condition d'apporter une réelle valeur ajoutée, de respecter les droits des patients et de concerner des médicaments apportant une véritable amélioration du service médical rendu.

B – La qualité de la prescription et ses déterminants potentiels

Les spécificités françaises en termes de volume et de qualité peuvent s'expliquer par un certain nombre de facteurs, examinés ci-dessous, au premier rang desquels les lacunes de la formation des médecins et de l'information mise à leur disposition.

1 – Le volume et la qualité des prescriptions

Les médicaments consommés sont pour l'essentiel des médicaments prescrits : la place de l'automédication en France est faible[307] (6 % des achats de médicaments en pharmacie).

Le niveau de prescription des médecins français est élevé par rapport aux autres pays européens et ce constat n'a pas évolué depuis vingt ans. Ainsi, 90 % des consultations de généralistes donnent lieu à prescription d'un médicament en France, contre 83 % en Espagne, 72 % en Allemagne et 43 % aux Pays Bas[308]. Cette forte prescription n'est pas le fait de quelques médecins mais d'une pratique d'ensemble : il existe « un modèle français de prescription[309] ».

La qualité des prescriptions est également régulièrement mise en cause par l'assurance-maladie. Ainsi que l'avait relevé la Cour dans son rapport sur la sécurité sociale de 2004, les études restent dispersées et sans cohérence d'ensemble. Les études ponctuelles disponibles soulignent néanmoins que les pratiques de prescriptions peuvent s'écarter des recommandations professionnelles, voire des indications de l'AMM :

- une étude menée en 2004 en Lorraine et Champagne-Ardenne auprès d'un échantillon de patients souffrant de dépression montre que seuls 4 traitements sur 10 sont conformes aux recommandations scientifiques ;
- une enquête de la CNAMTS menée en 2002 visant à mesurer la conformité des traitements hypolipémiants (anti-cholestérol) aux recommandations de l'ANAES et de l'AFSSAPS a montré que, dans 30% des cas, la prescription d'un traitement de ce type n'avait pas été précédée d'une analyse du taux de LDL cholestérol et que, même dans un tel cas, la moitié des prescriptions concernait des patients dont le taux était inférieur au seuil préconisé pour l'instauration d'un traitement hypolipémiant ;
- une enquête de la CNAMTS sur la consommation de trois benzodiazépines publiée en 2001 a montré que les posologies usuelles maximales recommandées par l'AMM n'étaient pas respectées et que les durées de traitement étaient dépassées dans près de la moitié des cas pour deux de ces médicaments.

En théorie, la prescription en dehors des indications de l'AMM n'est pas admise au remboursement, mais cette obligation ne fait

307. Source : Les entreprises du médicament (LEEM), site Internet.
308 . Source : Enquête IPSOS réalisée pour la CNAMTS « Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance », février 2005. Sondages réalisés entre décembre 2004 et janvier 2005.
309. Source : rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie.

qu'exceptionnellement l'objet d'un contrôle. La Cour relève que cette situation pourrait représenter entre 15 % et 20 % du total des prescriptions et reste très mal évaluée. On ignore en particulier largement son impact financier et son impact sur la santé publique en médecine de ville. Il serait nécessaire de mieux connaître et d'encadrer cette pratique. L'article 56 de la loi de la LFSS 2007, qui autorise à titre dérogatoire et dans certaines conditions le remboursement de médicaments prescrits hors AMM, ne constitue à cet égard qu'une première étape dans la recherche d'un encadrement de ces prescriptions.

2 – Les bases de données sur le médicament

Afin d'être utilisable par les prescripteurs, une base de données sur le médicament devrait présenter plusieurs caractéristiques :

- regrouper l'ensemble des données administratives et médicales des médicaments sur le marché, qui sont actuellement dispersées (AMM, dénomination commune internationale, SMR, ASMR, date éventuelle de commercialisation, taux de remboursement et prix) ;
- permettre la prescription en dénomination commune internationale (DCI) ;
- être codifiée, structurée et intégrable dans les logiciels d'aide à la prescription.

Les bases actuelles (base AMM et bases utilisées par les prescripteurs) ne répondent pas à l'ensemble de ces critères.

a) La base AMM

La LFSS pour 2001 prévoyait dans son article 47 que « d'ici au 1er janvier 2003, l'AFSSAPS mettra en œuvre une banque de données administratives et scientifiques sur les médicaments et les dispositifs médicaux ». Le décret d'application de cette disposition n'a été pris que le 25 mars 2007. Le contenu de cette banque de données se limite aux données régulatoires de base : le décret précise en effet que la banque de données comprend les informations contenues dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques et dans le répertoire des groupes génériques ainsi que les RCP et les notices des médicaments pour lesquels l'AMM est en cours de validité.

La base AMM est toujours en cours de réalisation par l'AFSSAPS. Elle ne contient pour l'instant que les résumés caractéristiques des produits des AMM délivrées après le 1er janvier 2002. La reprise du stock des 13 500 AMM antérieures à cette date n'a été engagée qu'en 2006. Selon l'AFSSAPS, elle devrait s'achever fin 2008.

b) Les bases de données utilisées par les médecins

Il existe aujourd'hui trois bases codifiées et structurées sur le médicament utilisées par les médecins. Deux bases sont privées (Vidal et Claude Bernard) tandis que la troisième est publique (Thériaque).

Aucune de ces trois bases ne répond totalement aux critères mentionnés ci-dessus, ce qui avait conduit à confier au fonds pour la promotion de la formation médicale (FOPIM), créé par la LFSS de 2001, l'élaboration d'une base de connaissances publique sur le médicament. Mais la disparition du FOPIM début 2004 et le transfert de ses missions à la HAS semblent s'être accompagnés de la renonciation au projet de base de données publique sur le médicament.

Thériaque

La base Thériaque a été créée il y a près de vingt ans par le centre national hospitalier d'information sur le médicament (CNHIM), association de la loi 1901. Depuis janvier 2004, Thériaque est gérée et financée dans le cadre du système d'information sur les produits de santé (SIPS), groupement d'intérêt économique associant le CNHIM (40 % des voix), la CNAMTS (40 %), la MSA (10 %) et la CANAM (10 %). L'avenir de Thériaque semble menacé puisqu'un conflit a éclaté fin 2006 entre les partenaires du GIE et que le CNHIM envisage de se désengager du GIE en août 2007. La base Thériaque, principalement financée par l'assurance maladie, peut être considérée comme la seule base indépendante sur le médicament. Elle est en effet la seule à n'avoir aucun lien, direct ou indirect, avec l'industrie pharmaceutique.

La HAS a commandé une étude afin d'évaluer les trois principales bases présentes sur le marché (Thériaque, Claude Bernard et Vidal), dans la perspective notamment de la certification des logiciels d'aide à la prescription. Cette étude[310], réalisée en avril 2006, conclut que la création d'une base publique ex nihilo n'est pas souhaitable vu le niveau de qualité des bases existantes et que les trois bases répondent aux enjeux de la certification des logiciels d'aide à la prescription (cf. infra). Elle préconise toutefois la production d'une information publique complémentaire nécessaire à la prescription en DCI[311] et propose de confier cette mission à Thériaque.

310. Etude de faisabilité portant sur le développement d'une base de connaissance publique pour la prescription et la dispensation de tous les médicaments répondant aux objectifs de la certification des logiciels d'aide à la prescription.

311. Cette information contiendrait la correspondance entre nom de molécule et nom de marque, ainsi que les RCP associés aux noms de molécules.

Pourtant si la HAS endosse les deux premières conclusions de l'étude, elle rejette la troisième sur la nécessité de produire cette information publique complémentaire.

Quelles que soient les motivations et considérations qui peuvent justifier cette position, elles ne devraient pas remettre en cause le diagnostic posé depuis de longues années sur la nécessité d'une base publique d'information sur le médicament, diagnostic qui semblait d'ailleurs partagé par de nombreux acteurs, au premier rang desquels les médecins. Dans ce contexte, Thériaque apparaît supérieure dans des domaines essentiels pour une base de données publique sur le médica-ment : indépendance à l'égard de l'industrie pharmaceutique, exhaustivité (Thériaque recense tous les médicaments disponibles en France, AMM ville et hôpital, les autorisations temporaires d'utilisation de cohorte, les autorisations temporaires d'utilisation nominatives et les préparations hospitalières de l'AP-HP), contenu (elle est la seule à faire figurer le SMR et l'ASMR du médicament) et gratuité. En revanche, elle est, pour des raisons techniques, moins facilement intégrable dans les logiciels d'aide à la prescription.

La HAS estime que le travail qu'elle conduit actuellement d'élaboration d'une charte de qualité des bases de médicaments permettra de mettre sur le même plan les trois bases en ce qui concerne leur exhaustivité. Cette charte devra en effet être signée par les organismes gérant les bases de données sur lesquelles s'appuient les logiciels d'aide à la prescription pour que ces derniers puissent être certifiés. Toutefois, selon la Cour, l'intérêt d'une base publique demeure, d'une part car les modalités de certification et de contrôle de ces bases par la HAS ne sont pas encore connues et, d'autre part, parce que seule une base publique comme Thériaque permet la mise à disposition gratuite de l'information.

La Cour reste donc convaincue de la nécessité d'une base publique et d'accès gratuit sur le médicament.

3 – La formation médicale

a) La formation initiale

La formation médicale initiale, essentiellement orientée vers la clinique, laisse peu de place en France à l'enseignement de la

pharmacologie. Un rapport d'information du Sénat[312] a souligné qu'avec un volume horaire d'environ 80 heures, cet apprentissage est le plus court d'Europe. Des catégories de médicaments (sérums, vaccins, désinfectants, antidotes et antiparasitaires) sont passées sous silence et seules trois heures de formation sont consacrées aux antibiotiques. Les futurs praticiens ne sont pas non plus informés de l'inefficacité de certains produits, dont la France détient le record de prescriptions (vasodilatateurs, veinotoniques, etc.). Par ailleurs, la formation médicale n'aborde pratiquement pas l'économie de la santé : les futurs médecins ne sont pas informés du coût des thérapeutiques.

En outre, comme le soulignait le rapport précité, les étudiants en médecine sont soumis très tôt à l'influence des laboratoires, tant dans le cadre de l'hôpital pour les fiches posologiques (la présélection de médicaments par la pharmacie de l'établissement connaît souvent des pressions commerciales fortes), que par le rôle des professeurs d'université. Certaines universités étrangères ont adopté des règles destinées à limiter la présence des laboratoires. En France, aucun état des lieux ne semble avoir été réalisé sur cette question.

Alors même que les textes relatifs aux études médicales sont co-signés par le ministère de l'éducation nationale et le ministère de la santé, ce dernier est traditionnellement peu impliqué dans la formation initiale des médecins. Il serait pourtant nécessaire que le ministère trouve toute sa place au sein de la commission pédagogique nationale des études médicales[313] chargée de donner son avis sur l'élaboration et la révision des programmes des enseignements des premier et deuxième cycles.

b) La formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles

En raison de l'évolution rapide des connaissances médicales et des traitements, l'évaluation des pratiques professionnelles comme la formation médicale continue revêtent une importance particulière pour la qualité de la prescription de médicaments.

Rappels généraux

Inscrite au code de déontologie depuis le décret du 6 septembre 1995, l'obligation de formation continue des médecins libéraux s'est vu

312. Rapport d'information n°382 sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments, 2006.

313. Le rôle et la composition de la CNEM sont définis dans le décret n° 91-136 du 31 janvier 1991.

conférer un caractère législatif par les ordonnances de 1996, puis par la loi du 4 mars 2002 qui a confié la gestion de la FMC à la profession, par l'intermédiaire de trois conseils nationaux de la formation professionnelle continue (CNFMC) compétents respectivement pour les médecins libéraux, les médecins hospitaliers et les autres médecins salariés. Ces conseils, chargés d'agréer les organismes de formation et d'établir des barèmes nationaux pour s'assurer du respect de l'obligation de FMC, ont été installés en février 2004.

Par ailleurs, la loi du 9 août 2004 a instauré une obligation d'évaluation de la pratique professionnelle (EPP). Cette évaluation est partagée entre la Haute Autorité de santé et la profession. La HAS est chargée de définir les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles. Pour les médecins libéraux, les prestataires d'EPP peuvent être soit des médecins habilités par les URML et formés par la HAS, soit des organismes agréés par la HAS.

La mise en œuvre de ces dispositifs n'a véritablement commencé qu'à partir de 2005 pour la formation médicale continue et 2007 pour l'évaluation des pratiques professionnelles. La nouvelle organisation qui se met en place ne présente pas toutes les garanties d'efficacité et d'indépendance nécessaires, notamment pour la question de la prescription.

L'absence de priorité marquée en matière de médicament

Ni le ministère ni l'assurance maladie n'ont véritablement les moyens de définir des priorités en matière de FMC et d'EPP, afin d'en faire notamment un outil d'influence des prescriptions.

En ce qui concerne la FMC, la DGS ne dispose que d'une voix consultative au sein des CNFMC et l'assurance maladie n'y est pas représentée. Les CNFMC doivent définir pour cinq ans des thèmes prioritaires de formation prenant en compte les objectifs de la politique de santé publique, les plans d'action de santé publique ainsi que les programmes de santé. Toutefois, ces thèmes ne sont pas obligatoires (ils font l'objet d'une bonification de 20 % de crédits de formation) et les CNFMC n'auront pas les moyens de peser véritablement sur les choix de FMC, qui appartiendront en premier lieu aux financeurs. Sur les cinq priorités définies pour les cinq prochaines années, une seule concerne le médicament (la iatrogénie)[314].

314. Les autres sont le rôle et place des praticiens en cas de crise sanitaire, la prévention vaccinale, la prévention et dépistage des cancers, la prévention des risques environnementaux, comportementaux et professionnels.

En ce qui concerne l'EPP, les textes ne prévoient pas la possibilité pour la HAS de définir des thèmes prioritaires. La CNAMTS, qui participe au financement du dispositif, n'a pas non plus la possibilité de demander un ciblage des crédits.

Une indépendance qui n'est pas garantie

Alors que la qualité et l'indépendance des formations sont censées être garanties par les nouvelles procédures d'agrément, celles-ci ne permettent pas d'éviter les conflits d'intérêt.

On note en particulier qu'aucun financement public nouveau n'étant consacré à la FMC, celle-ci est appelée à rester essentiellement financée par les firmes pharmaceutiques. Et de fait, selon un bilan récemment dressé par l'IGAS[315], l'essentiel de la formation médicale continue (entre 300 M€ et 600 M€ par an selon l'IGAS) est financé par les firmes pharmaceutiques.

Le code de bonnes pratiques passé entre le LEEM et les CNFMC et signé par le ministre de la santé le 22 novembre 2006 est supposé encadrer les pratiques des entreprises : qualité scientifique, transparence de financements, évaluation de la formation par les participants. Mais les engagements sont peu précis et le code est dépourvu de tout caractère contraignant.

4 – L'encadrement de la visite médicale

La visite médicale constitue le premier moyen d'information des médecins sur le médicament. C'est également le premier outil de promotion pour l'industrie pharmaceutique, qui y consacre, selon le rapport précité du Sénat[316], environ 80 % de ses dépenses de marketing, soit l'équivalent de 8 500 € par médecin. On compte environ 24 000 visiteurs médicaux en France.

La visite médicale influence considérablement les habitudes de prescription. Une étude de l'IRDES[317] a ainsi montré que, quel que soit

315. Rapport n°2006-002 de janvier 2006 « mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales ».
316. Rapport d'information sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments, juin 2006.
317. « La diffusion de l'innovation pharmaceutique en médecine libérale : revue de la littérature et premiers résultats français », Questions d'économie de la santé n° 73, novembre 2003.

le médicament étudié, le nombre de lignes prescrites par trimestre était fortement corrélé à l'investissement promotionnel des firmes.

Afin d'encadrer la visite médicale, la loi du 13 août 2004 a confié à la HAS une mission de certification de la visite médicale des firmes, afin d'en garantir la conformité à la charte de la visite médicale signée le 22 décembre 2004 entre le LEEM et le CEPS. La HAS a élaboré son référentiel de certification à partir du contenu de la charte et la certification est opérationnelle depuis novembre 2006.

Selon le préambule de la charte, la visite médicale a « pour objectif principal d'assurer la promotion des médicaments auprès du corps médical et de contribuer au développement des entreprises du médicament. Elle doit à cette occasion favoriser la qualité du traitement médical dans le souci d'éviter le mésusage du médicament, de ne pas occasionner de dépenses inutiles et de participer à l'information des médecins ». Or ces deux objectifs peuvent être contradictoires.

Un avenant du 21 juillet 2005 prévoit que le CEPS arrête chaque année la liste des classes thérapeutiques pour lesquelles il estime qu'une réduction de la visite médicale est nécessaire, en fonction de considérations relatives au bon usage du médicament ou aux dépenses de l'assurance-maladie. En cas de non-respect du taux d'évolution du nombre de visites décidé par le CEPS, ce dernier peut procéder à une baisse temporaire ou définitive du prix des spécialités concernées. Il s'agit là de l'aspect le plus contraignant de la charte, mais tout dépendra de l'application qui en sera faite.

S'il est trop tôt pour apprécier les premiers résultats obtenus, on peut toutefois porter un jugement sur le principe même de la charte. Si ce dispositif constitue la première tentative d'encadrement de la visite médicale, sa principale limite réside dans la faiblesse des possibilités de vérification des principaux engagements pris par les firmes, qu'il s'agisse de la fréquence des visites, de la publicité comparative, du contenu de la présentation orale ou des documents distribués au médecin... Enfin, on peut craindre que la certification par la HAS ne donne une caution à la visite médicale dont celle-ci ne disposait pas jusqu'à présent.

Pour contrebalancer les effets de la visite médicale, la CNAMTS s'est pour sa part dotée depuis 2003 de délégués de l'assurance-maladie (DAM), dont l'objectif est de présenter aux professionnels de santé les priorités de la maîtrisé médicalisée définis chaque année. On compte environ 700 DAM, chiffre qui doit être mis en perspective avec les 24 000 délégués médicaux de l'industrie pharmaceutique. Aucun bilan national de l'activité des DAM et de leur impact vraisemblable sur les prescriptions n'est disponible à ce stade.

5 – Les logiciels d'aide à la prescription

Une deuxième mission impartie à la HAS par la loi du 13 août 2004 est la certification des logiciels d'aide à la prescription (LAP), dont l'objectif est d'améliorer la sécurité et la qualité de la prescription et de faciliter le travail du prescripteur.

Le référentiel de certification est élaboré. Parmi les critères de certification figure la possibilité de prescrire en dénomination commune internationale (DCI), dont l'intérêt est double : accroître la sécurité des patients en diminuant le risque d'absorber deux fois le même médicament et accroître la possibilité de substitution par les pharmaciens.

Une difficulté réside dans la base de données à laquelle est adossée le LAP. En effet, si l'on souhaite que les LAP mettent à disposition des informations sur le SMR et l'ASMR d'un médicament, cela impose que soit enfin achevée la base de données médicaments offrant ces informations (cf. supra). Dès lors, la HAS considère que le préalable à la certification des LAP est l'adhésion de la base de données qu'ils utilisent à une « charte de qualité » qu'elle a elle-même définie[318]. Le rapport du prestataire extérieur précité indique que l'état actuel des bases de données médicaments privées « ne fait pas obstacle à la certification des LAP ».

Comme la précédente, cette seconde mission de la HAS a le mérite de tenter d'encadrer des pratiques préexistantes. Toutefois, quelques difficultés peuvent d'ores et déjà être soulignées. Ainsi, si la plupart des critères du référentiel doivent faire l'objet de « contrôles » de la part de l'organisme certificateur, certains, pourtant importants, ne font l'objet que d'« engagements » des éditeurs de LAP, ce qui affaiblit la portée de la certification[319]. Le critère n° 9 du référentiel soulève une difficulté spécifique. Il prévoit en effet que « le LAP met toujours à disposition l'information sur le médicament qui provient des bases de données signataires de la charte de qualité. Cette information est différenciée de celle ayant une autre origine ». Cette formulation laisse entendre que l'information contenue par des logiciels certifiés peut provenir d'une

318. Cette charte de qualité reprend les huit critères du référentiel de certification qui mettent en jeu la base médicaments.

319. Il en va ainsi par exemple du critère 26 sur l'absence de considérations promotionnelles dans la sélection, l'ordre et la présentation des médicaments ou du critère 62 sur l'absence d'affichage de publicité.

autre origine que de bases de données signataires de la charte de qualité, ce qui affaiblit le degré de fiabilité du logiciel[320].

6 – Les supports d'information destinés aux médecins

La Cour avait recommandé dans ses rapports sur la sécurité sociale de 2004 et 2005 de *« définir une stratégie de communication publique sur le médicament et sur la stratégie thérapeutique, fondée sur l'expertise scientifique et l'impact de santé publique »*[321] et de *« mettre en place, sous la responsabilité de la Haute Autorité de santé, une stratégie globale de production des recommandations de bonnes pratiques et moderniser leur mode de diffusion »*[322]. Malgré des améliorations certaines, ces recommandations n'ont pas été réellement mises en oeuvre.

La loi du 13 août 2004 assigne un rôle primordial à la HAS en matière d'information médicale. Son portefeuille comporte à ce jour 22 types de productions scientifiques. Ce chiffre apparaît excessif, surtout si l'on ajoute les produits des autres institutions[323].

La HAS a concentré ses efforts en 2005 sur la simplification des messages et l'amélioration de leur lisibilité par une charte graphique notamment. En 2006, les efforts ont porté sur la perception de ces documents: études d'investigation de terrain, pré-publication pour ajuster la communication, pré-tests de compréhension de nouveaux documents avant diffusion, post-tests d'évaluation de la perception des documents diffusés. Le caractère novateur de cette démarche doit être salué.

La HAS et l'AFSSAPS produisent toutes les deux des recommandations professionnelles. Le contenu des recommandations de bonne pratique (RBP) de l'AFSSAPS est d'un accès parfois difficile et l'AFSSAPS n'a toujours pas engagé d'enquête de satisfaction et d'étude d'impact auprès des prescripteurs concernant la qualité de ses productions et notamment des RBP. S'agissant des critères de choix des thèmes des RBP, des progrès ont été enregistrés dans les années récentes : l'agence axe ses RBP sur les gammes thérapeutiques faisant l'objet d'un nombre

320. Selon la HAS, d'autres bases de données concernant le médicament peuvent aussi être utilisées dans les LAP, mais pour d'autres fonctions. Elles peuvent porter sur des produits non concernés par la certification (homéopathie, cosmétiques, etc.).
321. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2004, recommandation n°43.
322. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2005, recommandation n°31.
323. En quelques années, se sont en effet succédé les fiches de transparence, les fiches de stratégie thérapeutique, les fiches-produit, les fiches de bon usage du médicament, les fiches Transpa-Flash, sans que les spécificités de chacune soient forcément évidentes pour les lecteurs.

important de prescriptions (statines, antibiotiques, antidépresseurs, antidiabétiques, antisécrétoires gastriques, traitement de l'ostéoporose).

Les recommandations professionnelles élaborées par la HAS témoignent d'un plus grand souci d'accessibilité, avec notamment la présence d'une synthèse. Mais la ligne de partage entre les deux institutions n'est pas toujours clairement définie et on peut regretter qu'il n'existe pas de portail Internet commun pour les recommandations professionnelles des deux agences.

Enfin, la CNAMTS déploie de réels efforts pour diffuser aux professionnels de santé une information synthétique et facilement utilisable, sous différentes formes (lettre aux médecins, lettre aux pharmaciens, supports mémos), qui lui permettent de mettre l'accent sur les axes de la maîtrise médicalisée.

7 – La maîtrise médicalisée : bilan 2005 et 2006

La maîtrise médicalisée a pour objet d'inciter les médecins à réduire leurs prescriptions sur certains postes jugés prioritaires.

Dans le cadre de la convention médicale du 12 janvier 2005, les médecins libéraux et l'assurance-maladie se sont ainsi engagés pour 2005 sur des objectifs de maîtrise médicalisée concernant trois classes de médicaments : antibiotiques, psychotropes, statines. L'avenant n° 12 à la convention médicale a ajouté deux nouveaux thèmes dans le domaine du médicament : la réduction des dépenses d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) dès 2005 et d'hypertenseurs (IEC-Sartans) à partir de 2007.

En 2005, la CNAMTS avait évalué les économies susceptibles d'être ainsi engendrées par la maîtrise médicalisée à 285 M€, auxquels s'ajoutent 55 M€ d'économies sur les génériques. Selon la CNAMTS, les économies finalement générées en 2005 sur ce poste se sont élevées à 201 M€ en 2005, au lieu des 340 M€ attendues. Toutefois, les économies obtenues par la maîtrise médicalisée sont encore plus réduites si l'on neutralise les baisses de prix et la générication pour s'intéresser aux seuls volumes, c'est-à-dire aux prescriptions. En effet, l'année 2005 a été marquée par la baisse de prix de 88 présentations pharmaceutiques, parmi lesquelles des statines et des médicaments génériqués. Au total, la DSS estime ainsi à seulement 17 M€ les économies générées par l'infléchissement des prescriptions sur les trois classes visées par la convention médicale (6 M€ pour les antibiotiques, 9 M€ pour les statines et 2 M€ pour les psychotropes).

Les objectifs de maîtrise médicalisée pour 2006 étaient moins ambitieux qu'en 2005 pour les statines, les psychotropes et les antibiotiques. En mars 2007, le bilan définitif pour l'année 2006 n'était

pas disponible. Dans un point d'information mensuel d'octobre 2006, la CNAMTS estimait que fin août 173 M€ d'économies avaient d'ores et déjà été réalisées sur le poste médicament : 36 M€ pour les antibiotiques, 95 M€ pour les statines, 13 M€ pour les psychotropes, 12 M€ pour les IPP, 22 M€ pour les génériques. Mais à nouveau, ce chiffrage ne tient pas compte des baisses de prix de certains médicaments, lesquels relèvent du plan médicament et non de la maîtrise médicalisée.

Selon les estimations[324] de la DSS, réalisées sur la base des données GERS à fin octobre, les économies, nettes des effets prix et génération réalisées en 2006 sur les trois classes thérapeutiques, seraient de 140 M€, contre 197 M€ attendus. S'agissant des économies liées au développement des génériques, il est impossible de distinguer l'effort des pharmaciens et l'effort des médecins.

Au final, il semble donc que la maîtrise médicalisée a permis, depuis 2005, de modifier les prescriptions des médecins, mais dans des proportions moindres que ce qui était initialement attendu.

III - L'achat des médicaments dans les établissements de santé

Depuis une précédente enquête de la Cour sur la consommation de médicaments à l'hôpital[325], des réformes sont intervenues. La mise en place de la T2A, notamment, a eu pour conséquence de profondément modifier en 2004-2005 certaines composantes de l'acte d'achat pour les médicaments les plus coûteux. Elle a de facto interrompu le régime de libre négociation en vigueur depuis 1987. La question de l'achat prend donc dans ce contexte une signification nouvelle.

Les juridictions financières ont procédé à des comparaisons entre hôpitaux publics, mais aussi entre ces derniers et le secteur privé (PSPH et cliniques privées), comme le prévoit le code des juridictions financières depuis 2005 (art.132-3-2). Après avoir mesuré l'évolution des dépenses et des prix, elles en ont cherché les facteurs d'explication dans les politiques nationales et les pratiques de terrain.

---

324. Ces évaluations sont réalisées en retenant comme tendance la croissance annuelle moyenne entre 2002 et 2005, en neutralisant l'effet des déremboursements pour les psychotropes (les autres classes visées par l'avenant 12 n'ayant pas fait l'objet de déremboursements) et en corrigeant des effets de stockage des génériques (statines, IPP, antibiotiques) et de l'épidémie de grippe (antibiotiques).
325. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2004, pp. 305 à 356.

A – L'évolution de la dépense et des prix

1 – La croissance de la dépense est préoccupante

Les ventes annuelles des laboratoires pharmaceutiques à l'hôpital public (soit les ventes destinées à la fois à la consommation interne et à la rétrocession) dépassent 4 Md€ depuis 2003. Leur part dans les charges des établissements, qui approche désormais 10 %, est en constante progression. De 1994 à 2004, la dépense a été multipliée par trois à périmètre constant[326].

Certes la dépense globale a, pour la première fois, reculé (de 1 %) en 2006. Mais ce résultat a été influencé par la baisse de l'activité de rétrocession à la suite d'une réforme réglementaire [327] et par le passage en officine de spécialités auparavant en réserve hospitalière (pour plus d'1 Md€ en 2005). Avec le même périmètre qu'en 2002, les achats de médicaments par l'hôpital ont en réalité augmenté de 7 % en 2005.

Au sein de cet ensemble, la croissance accélérée de la consommation interne de l'hôpital (10 % de 2004 à 2005) s'explique largement par l'accroissement de la consommation des molécules onéreuses (1,2 Md€ en 2005). Ces dernières représentaient 19% en valeur des consommations hospitalières en 2002, mais plus de 40 % en 2005, année au cours de laquelle elles ont progressé de 22 %. Dans le même temps, les achats des autres spécialités n'augmentaient que faiblement. La DHOS considère que cette forte dérive consomme l'équivalent d'un point d'ONDAM tous les ans, ce qui constitue bien un problème structurel pour la marge de manœuvre financière globale, quelles que puissent être les économies en résultant sur les durées de séjour, du reste non mesurées. Les perspectives financières de moyen terme sont peut-être plus préoccupantes encore, compte tenu du nombre de molécules anti-cancéreuses en cours de développement.

326. Hors effet de la sortie de certains médicaments de la réserve hospitalière.
327. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006, p. 125.

2 – Les évolutions de prix sont contrastées

a) Les données disponibles

En dépit des recommandations faites par la Cour en 2002[328], on ne dispose pas d'un instrument de suivi des dépenses qui permette de descendre à un niveau suffisamment fin, notamment pour les prix pratiqués. Il y a deux sources publiques principales : sur la base des déclarations des laboratoires, l'AFSSAPS donne une fois par an le montant des ventes aux établissements de santé sans qu'on puisse y distinguer la destination effective des médicaments (consommation ou rétrocession). La DHOS, de son côté, produit à partir du PMSI des statistiques détaillées, établissement par établissement (hors privé à but lucratif), mais seulement pour la moitié environ (en valeur) des médicaments. En outre, la DREES mène depuis 2005 une enquête annuelle donnant les quantités et les prix, mais seuls les établissements volontaires fournissent des informations.

Les conclusions présentées ici sont donc fondées sur l'enquête conduite par les juridictions financières.

L'enquête des juridictions financières

Pour les hôpitaux publics, l'enquête a porté sur un échantillon de 50 établissements allant des CHU aux hôpitaux locaux et représentant 67 000 lits. Les établissements de toute taille inscrits au programme de contrôle des chambres régionales des comptes pour 2006 ont ainsi constitué une matière abondante et représentative puisqu'ils réalisent 25 % des séjours enregistrés dans les hôpitaux français et 23 % de la dépense pharmaceutique de 2005.

Les juridictions n'avaient évidemment pas les mêmes moyens d'investigation à l'égard du secteur privé ; elles ont donc moins cherché à collecter des données pour être statistiquement représentatives qu'à repérer des exemples d'organisation et des pratiques susceptibles d'aider à la réflexion à venir. L'achat de médicaments de ces établissements a atteint 1 Md€ en 2005.

Dans un premier temps, ont été analysés les prix pratiqués en 2004, 2005 et 2006 sur les classes de produits suivantes : antibiotiques, inhibiteurs de la pompe à protons, héparines à bas poids moléculaires, anti-cancéreux, anti-viraux, erythropoïétines, immunosuppresseurs et immunoglobulines. Puis des entretiens approfondis ont été menés dans une

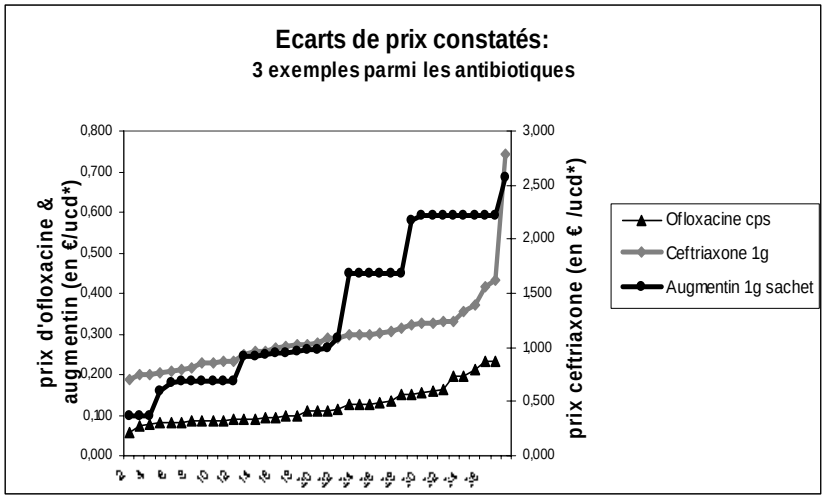
328. « Bâtir le système d'information sur la consommation de médicaments à l'hôpital dont doivent disposer les pouvoirs publics, l'assurance maladie et les hôpitaux : accès à des bases de données complètes et fiables, codage du médicament à l'hôpital, observatoires régionaux ».

partie des hôpitaux concernés, en veillant à toucher des établissements de tailles très diverses.

Elles permettent de dégager quelques caractéristiques communes. Cependant, les médicaments se séparent en deux groupes différents par la dynamique de leurs prix et les possibilités de négociation: d'une part les produits intégrés aux groupes homogènes de soins (GHS) de la T2A et ci-après qualifiés de produits à prix libres, d'autre part ceux qui, figurant sur une liste spéciale arrêtée par le ministre (ci-après « liste en sus »), sont remboursés en sus du tarif GHS aux hôpitaux par l'assurance maladie à hauteur d'un tarif de responsabilité (TR) fixé par le CEPS.

b) Les écarts de prix globaux

Les écarts de prix entre établissements publics sont substantiels : couramment de un à trois, ils peuvent aller jusqu'à sept voire dix, premier indice d'une pratique non optimisée.



NB : Dans le graphique ci-dessus, chacun des points reliés par les courbes représente un hôpital. Les prix ne sont pas exprimés en valeur absolue mais en valeur relative : pour chacun des trois médicaments l'hôpital qui a le prix le plus faible constitue la base 100. Pour Augmentin©, les prix vont de 100 à 700, avec seulement quatre niveaux intermédiaires. Pour les deux autres produits, il y a au contraire presqu'autant de prix différents que d'acheteurs, mais avec un écart global de 100 à 400 (de 100 à 220 pour Ceftriaxone© si on exclut un cas très défavorisé.

Source : Juridictions financières

L'enquête n'a pas identifié, parmi les établissements, de bons et de mauvais acheteurs : au cours d'un même exercice, les meilleurs prix sont

obtenus par des établissements très divers suivant les produits et d'un exercice à l'autre les meilleurs ne rééditent pas leur performance. Il n'y a donc pas d'établissement susceptible d'être érigé en exemple. Le lien statistique n'est pas non plus établi entre niveau de prix et volume d'achat, que les volumes importants soient le fait d'établissements importants ou de groupements.

En revanche, les prix varient considérablement en fonction de la date de passation des marchés, parce que divers événements comme la délivrance de nouvelles AMM ont un impact sur la valeur relative des spécialités et le contexte des négociations. L'animation du marché des officines de ville peut avoir également des effets sur les prix consentis à l'hôpital.

c) Les médicaments à prix libres

Ces médicaments sont les plus classiques et donnent lieu aux achats de plus gros volume. Leurs prix peuvent être très diversifiés, au point parfois d'avoir presque autant de niveaux différents que d'acheteurs, même si les écarts ne sont pas forcément importants ; c'est que les négociations surviennent à des moments différents, entre des acheteurs plus ou moins bien informés et des vendeurs soumis à des contingences variables. Marché monopolistique et asymétrie d'informations ne sont pas incompatibles avec la diversité des prix.

Les prix moyens de la plupart de ces produits ont été orientés à la baisse entre 2004 et 2006, surtout pour les produits génériqués de fraîche date. Les produits qui n'ont pas de génériques ont les prix les plus élevés de leur classe et leurs prix n'ont pas baissé sur la période ; ils ont même augmenté dans plusieurs cas. Lorsque les génériques sont anciens, on trouve des prix tendant à l'uniformité, sans nécessairement de perspective de baisse ultérieure. A l'inverse, les prix peuvent baisser très fortement pendant les trois ou quatre ans qui suivent l'apparition d'un générique, constat d'autant plus intéressant que les brevets de nombreux produits importants vont arriver à échéance dans les prochaines années.

Encore faut-il que les hôpitaux achètent ces génériques. Or les génériqueurs ne répondent pas forcément aux appels d'offres et, d'autre part, les acheteurs classent souvent le prix moins favorablement que d'autres critères de sélection, qui sont objectifs (conditionnement et coût global d'acquisition, amplitude des gammes de présentations dite formes galéniques…) ou non. Enfin une partie des acheteurs ne choisit pas le meilleur moment pour passer les marchés ou ne fait pas jouer la clause de révision applicable en cas d'apparition de générique, faute simplement d'être informée des perspectives d'introduction de nouvelles spécialités.

La concurrence est aussi possible entre équivalents thérapeutiques, mais prescripteurs et acheteurs ne connaissent pas tous les cas existants d'équivalence et ne tirent pas forcément les conséquences pratiques de ceux qu'ils connaissent, notamment au moment crucial de la définition des lots. Dans de nombreux établissements, toutes les molécules équivalentes au sein d'une classe sont référencées, sans donc être mises en concurrence entre elles. A contrario, dans les cas où les molécules sont perçues comme équivalentes, l'apparition du générique de la principale d'entre elles peut se traduire par la baisse des prix des autres.

Pour de nombreux médicaments, traitant notamment des maladies longues, l'intérêt commercial de la vente à l'hôpital réside surtout dans l'effet d'entraînement de la prescription initiale sur celles de la ville. Ils sont souvent cédés gratuitement ou presque aux établissements, du moins tant que leur vente en ville est très rémunératrice.

d) Les médicaments de la liste en sus

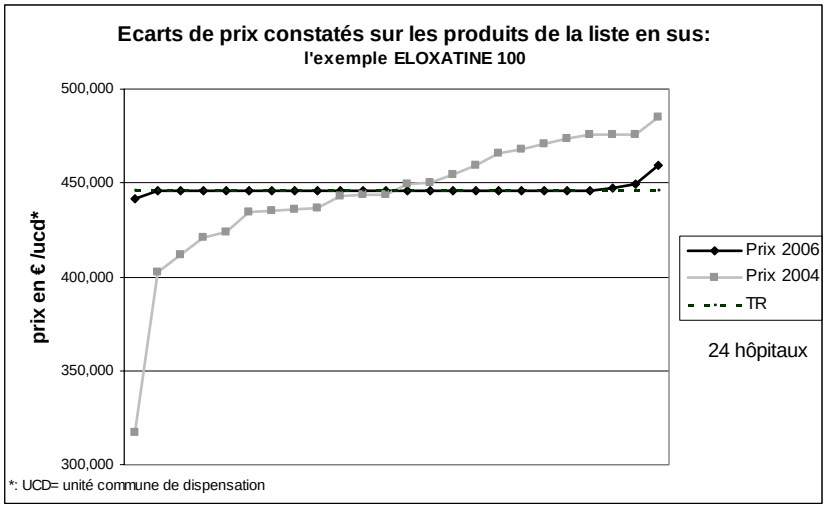
Il n'y a pas de critère légal d'inscription sur cette liste par le ministre, mais elle correspond à un ensemble de produits censés cumuler les caractéristiques suivantes : ils sont récents, assez coûteux pour avoir un impact massif sur le coût de la prise en charge, ils traitent des maladies engageant le pronostic vital et il faut que chaque établissement puisse en disposer, mais leur prescription effective est trop peu fréquente ou trop inégalement répartie pour qu'on puisse en prévoir le coût annuel par établissement.

Cependant, cette liste représente maintenant la moitié environ de la dépense en médicaments des hôpitaux, proportion en rapide croissance. Il s'agit surtout (pour 40 %) de produits anti-cancéreux, qui progressent en dépense à un rythme annuel proche de 20 %. En second lieu cela concerne les anti-hémorragiques pour patients hémophiles, l'EPO pour patients cancéreux ou dialysés, les immunomodulateurs et les médicaments pour maladies orphelines. Certains d'entre eux entraînent des coûts de traitement annuels de plusieurs centaines de milliers d'euros par patient.

La fixation d'un tarif de responsabilité (TR), qui n'est pas un prix mais une limite de remboursement par l'assurance maladie, a pour la plupart d'entre eux abouti à la suppression de toute négociation entre les laboratoires et les établissements, au motif qu'une baisse éventuelle du prix d'achat pourrait provoquer une diminution du TR. Ce gel du prix a pu également empêcher la négociation sur les autres éléments de la transaction ; il peut priver les groupements d'une partie de leur intérêt. Pourtant la loi prévoit que les établissements qui auront négocié un prix

inférieur au TR conserveront une partie de la différence, mais cette mesure incitative est le plus souvent dépourvue d'effet.

La plupart des anti-cancéreux, les anti-hémorragiques, les immunosuppresseurs ont presque partout un prix égal au TR. Cela se traduit pour beaucoup d'établissements par une baisse par rapport aux prix de 2004, parce que le TR a été fixé dans la plupart des cas à un niveau inférieur au prix moyen d'alors ; inversement, certains établissements ont subi une hausse.



Alors que les prix de ce médicament étaient très divers en 2004, ils sont désormais alignés sur le TR, à quelques rares exceptions. Les meilleurs acheteurs doivent payer jusqu'à 40 % plus cher qu'avant la réforme, les moins bons ont vu leur prix baisser de près de 10 %.

Source : Juridictions financières

Il y a des exceptions, car le TR n'impose évidemment pas un prix aux vendeurs. Ainsi le prix des immunoglobulines a augmenté après publication du TR, qu'elles soient d'origine humaine ou animale (alors que l'argument invoqué pour justifier cette hausse a surtout été la difficulté de la collecte du sang humain).

A l'inverse, le prix des EPO et des taxanes (anti-cancéreux) a baissé. Dans le cas des EPO, c'est l'effet de l'existence reconnue d'équivalences thérapeutiques, effet qui pourrait être sensiblement accru si tous les établissements de santé ne référençaient qu'une seule des molécules de cette classe (ce choix fait baisser le prix de 2,5 % à 5 %).

Quant aux deux taxanes, l'une a été génériquée, ce qui a fait baisser son prix depuis 2004 à un niveau très inférieur au TR. Elle aurait donc pu

ne pas figurer sur la liste. Mais cela aurait faussé la concurrence : l'appartenance à la liste et la prise en charge automatique et intégrale par l'assurance maladie constituent un avantage compétitif dont les pouvoirs publics ont été vite conscients. Le dispositif a ainsi un effet pervers : un produit cher pris en charge « en sus » évincera un produit, même génériqué et bon marché, mais intégré à un GHS. Aussi l'ensemble des taxanes a-t-il été inscrit sur la liste, avec cette conséquence paradoxale qu'il a paru nécessaire d'attribuer au produit génériqué un TR supérieur au prix de marché de l'époque. Quant au produit non génériqué, on lui a aussi accordé un TR supérieur au prix moyen pratiqué, malgré de fortes progressions en volume (c'est le premier médicament hospitalier), du fait de son inscription sur la liste en sus.

e) Comparaison des prix entre établissements publics et privés

Pour autant qu'on puisse en juger à partir de sources partielles, les prix obtenus par le secteur privé n'ont pas d'avantage systématique sur ceux du public. La comparaison n'est pas cependant dénuée d'enseignements.

Lorsque le contexte est stable (produits à prix libres non génériqués ou au contraire génériqués depuis longtemps), la performance est globalement équilibrée entre les deux secteurs : selon les produits, les meilleurs prix moyens se trouvent tantôt dans le secteur public, tantôt dans le secteur privé. Cependant le prix le plus bas de l'échantillon se rencontre plus souvent dans un hôpital public, même lorsque le secteur privé l'emporte pour les prix moyens ; à l'inverse il y a plus souvent des prix très élevés dans le secteur public que dans le secteur privé, sans doute parce que ce dernier bénéficie d'une meilleure circulation de l'information sur les prix pratiqués.

Pour les classes de produits marquées par un événement récent (AMM de génériques ou parution des TR de la liste en sus), la performance dépend nettement de la date des négociations ; l'avantage revient alors conjoncturellement à l'acheteur ayant le mieux choisi son moment et structurellement à celui qui a le meilleur dispositif de veille ou la plus grande réactivité à l'égard des vendeurs.

B – La politique publique

Les stratégies entre acteurs nationaux, industrie et pouvoirs publics, sont déséquilibrées. Celle des producteurs est claire, constante et dotée de moyens. Certains de ses traits éclairent la problématique hospitalière :

- la demande est influençable, notamment par l'intensité relative de la promotion qui porte par priorité sur les articles à forte marge ;
- parmi les composantes du chiffre d'affaires, les arbitrages se font préférentiellement en faveur des prix élevés. C'est perçu comme une nécessité logique à cause de la limitation des durées d'amortissement, et comme une nécessité tactique dans un marché fait de l'assemblage de marchés nationaux où les autorités régulatrices procèdent par comparaison ;
- la profitabilité de l'activité repose avant tout sur son caractère monopolistique, qui stimule la recherche et détermine l'information des acheteurs, du moins tant qu'un tiers impartial n'assume pas cette information.

Du côté de la puissance publique, la question est notamment de savoir si la dérive des dépenses en médicaments coûteux a suscité une mobilisation à la hauteur du problème. De ce point de vue, la politique spécifique de l'achat hospitalier présente des faiblesses, aggravées par les interférences d'autres politiques dotées de plus de moyens.

1 – Les limites de la politique de l'achat hospitalier

a) Les aléas de la méthode

La politique de l'achat hospitalier porte encore la marque des vicissitudes qu'elle a connues entre 2003 et 2005. Le constat fait en 2003 par la DHOS de certaines insuffisances de l'achat hospitalier a confirmé celui fait par la Cour en 2002 et sa recommandation de renforcer les compétences des acheteurs Le chiffrage d'économies potentielles a justifié le lancement d'une démarche d'amélioration sur la base du volontariat, puis celui d'un plan d'économies impératives et immédiates. Mais les deux exercices se sont superposés, à leur détriment mutuel. L'échec a, dès 2005, conduit la DHOS à revenir à une approche plus décentralisatrice et sans lien affiché avec des objectifs budgétaires.

Certes, l’approche décentralisatrice est défendable, elle est même cohérente avec l'esprit général de la réforme hospitalière. Son efficience suppose cependant que les objectifs affichés soient clairs et non contradictoires et il faut que les moyens nécessaires soient donnés aux acteurs, d'autant plus que le constat de départ signalait les insuffisances de ces derniers. En tout état de cause, la démarche reporte les effets économiques escomptés vers un terme assez lointain (« ambition 2015 » est un des noms du chantier).

La DHOS a pour rôle de suggérer des orientations de fond, de suivre les initiatives et d'assurer la diffusion des bonnes pratiques

éventuelles. Elle ne le fait pas seule puisque a été créé un comité stratégique de suivi des initiatives, où sont présents les représentants de l'hôpital public et privé (hors le secteur à but lucratif). Mais au cours de sa première année de fonctionnement, ce comité a pris conscience de la difficulté spécifique du chantier de rationalisation quand il s'agit des médicaments et il n'a pas encore vu remonter d'innovation significative.

b) Des orientations sans moyens d'action suffisants

Les leviers de la politique de l'achat promus par l'administration sont intitulés « spécialisation, massification et déprolifération ». Ils sont en principe cohérents et appelés à s'entre-appuyer. Ils ne sont cependant pas dénués d'ambiguïtés :

- la spécialisation peut s'entendre comme un élément de professionnalisation de la fonction achat, mais aussi comme une répartition des compétences entre acheteurs de plusieurs établissements ;
- la « massification » renvoie à l'idée que l'accroissement du volume d'achat renforce la position de l'acheteur dans la transaction. Elle plaide pour la constitution de groupements, qui ont par ailleurs d'autres avantages puisqu'ils permettent des économies de gestion et des spécialisations de compétences.

Prise en ce sens, cette notion est pourtant approximative. La seule agrégation des besoins de plusieurs établissements a peu de chances de susciter des baisses de prix. Celles-ci supposent que soient crédibles auprès du fournisseur le risque de perte de marché ou de déréférencement (éviction de la liste des produits que l'établissement peut acheter) ou la perspective d'un accroissement conditionné par un effort sur le prix. Cela implique la possibilité de voir transférer un achat d'une spécialité à une autre, équivalent thérapeutique ou générique, dans tous les cas où il n'y a pas de monopole véritable. C'est en fait ce que vise la notion de « déprolifération »

- la « déprolifération » consiste à réduire le nombre de spécialités achetées dans les hôpitaux, en concentrant les référencements des produits équivalents sur l'un d'eux. L'effet sera amplifié si l'exercice a lieu à l'échelle d'un groupement d'établissements. Pour l'instant, les référencements sont trop nombreux dans les hôpitaux français. Les raisons avancées par les acheteurs sont diverses, mais la raison objective la plus notable relève d'une action possible des pouvoirs publics : c'est un défaut d'information certaine des acteurs de terrain sur la question des équivalences thérapeutiques. Il manque une information opérationnelle précise, commode d'accès et portant la

marque d'une autorité incontestable. Nombre d'acheteurs pâtissent également de leur ignorance des échéances industrielles à venir (expiration des brevets, mises sur le marché de produits concurrents, notamment génériques). Or, faute de progrès dans ce domaine, la « déprolifération » risque de rester limitée ; car c'est d'elle, bien plus que de la « massification », que dépend l'amélioration des résultats.

Ces leviers promus par l'administration ne sont pas encore accompagnés des moyens de leur efficacité.

La documentation élaborée au niveau national par la HAS ou l'AFSSAPS n'est pas adaptée au problème, malgré l'important effort de transparence entrepris par ces organismes. Il y a dans certaines administrations des réticences à l'égard de toute action en ce sens, soit par crainte de la difficulté, soit par souci de ne pas s'ingérer dans la liberté ou la responsabilité des gestionnaires et prescripteurs. L'élaboration d'une documentation nationale ne figure pas au programme de la HAS.

Le problème est certes délicat, du fait notamment du mode d'élaboration des AMM qui ne fournit pas beaucoup d'éléments de comparaison entre médicaments. Il est néanmoins soluble dès lors qu'on en chargera effectivement l'autorité la moins contestable, la HAS, qui pourra débuter par les classes, économiquement lourdes, dans lesquelles des redondances sont le plus communément évoquées.

Le sujet des génériques est conceptuellement plus simple, mais les acheteurs seraient plus efficients s'ils avaient une meilleure visibilité du calendrier des sorties (la réflexion vaut a priori pour l'ensemble des mises sur le marché, mais l'information est abondante lorsqu'il s'agit des princeps). Il faut certes ne pas accréditer l'idée, déjà trop répandue, qu'il n'y a de concurrence possible qu'à l'expiration des brevets; cependant la transparence pourrait être davantage organisée de façon à ce que les acheteurs perfectionnent leur propre calendrier de consultations.

2 – L'interférence d'autres politiques

La politique relative à l'achat des médicaments doit coexister et composer avec d'autres. Certaines d'entre elles ont une finalité ou des incidences qui convergent avec ses objectifs et peuvent la faciliter. C'est notamment le cas de deux axes de la politique hospitalière : d'une part, la responsabilisation des praticiens, qui est l'un des objets de la réforme de l'organisation et de la tarification et qui doit en bonne logique aboutir à une sensibilisation aux dépenses d'achat, d'autre part l'accroissement de la transparence, de la collégialité et de l'interdisciplinarité avec notamment la généralisation des commissions des médicaments et des dispositifs

médicaux stériles (COMEDIMS), qui décident des référencements dans chaque établissement.

Deux autres politiques, en revanche, limitent la marge de manœuvre de celle portant sur les achats ou la contraignent.

a) La politique générale des prix des médicaments

Du fait de la réforme instituant la liste en sus, les acheteurs sont de facto contraints d'appliquer les résultats d'une négociation nationale, lesquels sont fonction de la politique gouvernementale. Dès lors, la politique générale de fixation des prix au niveau national s'est appliquée au domaine hospitalier qui jusque là ne connaissait en principe que la négociation décentralisée.

Pour la première vague de fixation de TR, qui a concerné à la fin de 2004 des médicaments déjà commercialisés, le CEPS a accepté les propositions des laboratoires pour la moitié environ des produits. Dans les autres cas les prix de marché ont servi de référence, comme la loi le prévoyait, sauf lorsqu'ils étaient très supérieurs à ceux des pays voisins ; le niveau retenu a cherché à être inférieur à la moyenne pratiquée mais supérieur, le plus souvent, aux prix les plus bas. Pour les nouvelles inscriptions, la règle est d'appliquer à la liste en sus les principes de la politique générale. Ceux-ci consistent essentiellement à accepter les propositions des laboratoires si elles ne détonnent pas avec les niveaux pratiqués ou demandés dans les pays voisins. La Cour a déjà signalé dans le RALFSS de 2004 les incidences coûteuses de ce choix. A ce stade, il faut retenir qu'il s'impose désormais aux achats hospitaliers. Son corrélat, déjà à l'œuvre pour la ville, est que la maîtrise globale de la dépense passe par la recherche d'économies compensatrices sur d'autres postes.

b) La liste en sus

La liste en sus recèle deux types de contradictions avec la politique de rationalisation des achats : elle est contradictoire avec l'objectif de responsabilisation et elle peut être la source d'un effet inflationniste.

La contradiction avec l'objectif de responsabilisation

La prise en charge automatique par l'assurance maladie, hors GHS, n'est pas une incitation à la négociation du prix et l'alignement systématique sur le TR risque d'accoutumer à l'idée que celle-ci n'est ni utile ni nécessaire et de dissuader la recherche d'améliorations qualitatives de l'offre. A l'inverse -mais ce n'est pas un avantage-, elle risque aussi de déplacer la concurrence possible vers les « marges arrière » sans répercussion sur l'assurance maladie.

La DHOS doit donc convaincre les hospitaliers de la pertinence d'une politique de rationalisation à laquelle échappe par principe la moitié du champ des médicaments, celle dont la charge croît le plus vite. Sa crédibilité pourrait en être entamée.

Un effet inflationniste probable

La liste en sus peut être un obstacle sérieux à la maîtrise de la dépense. Le reproche ne porte certes pas sur un effet prix mais sur la dépense.

L'entrée en vigueur du régime s'est traduite par une baisse des prix pour une majorité d'établissements et une majorité de produits. Pour l'avenir, la fixation des TR traduira simplement la politique générale des prix des médicaments. A tout le moins, le mécanisme pourra prévenir les prix locaux aberrants. L'effet positif sur les prix de 2005 et 2006 a du reste donné des arguments aux partisans de l'extension voire de la généralisation de la liste au-delà des classes actuellement retenues ; on peut en effet imaginer les attraits d'un régime dans lequel les établissements n'auraient plus à négocier ni à organiser de procédures de mise en concurrence, même si cela paraît relever d'une inspiration éloignée de celle de la T2A. La preuve n'est cependant pas faite à ce jour qu'un négociateur national unique aurait de meilleurs résultats que la négociation décentralisée.

Mais l'argument essentiel contre l'extension de la liste en sus est la responsabilité que la DHOS, par exemple, lui a imputée dans la dérive des dépenses. Elle peut se discuter : l'institution de la liste en sus n'a pas inauguré un nouveau rythme ; celui-ci était déjà élevé avant 2004 et la Cour remarquait en 2001 que les trois quarts de l'augmentation des dépenses étaient dus à un effet de structure qu'une partie au moins de la dérive actuelle ne fait que perpétuer. Mais il n'est pas douteux que le nouveau système recèle des facteurs propres de dérapage : d'une part la prise en charge en sus de la T2A fait sauter un plafond budgétaire plus ou moins ressenti jusque là, d'autre part elle encourage un déport des prescriptions vers les spécialités de la liste. La composition de celle-ci autorise ces comportements opportunistes, même si le risque n'a pas été mesuré précisément à ce jour[329].

L'effet net d'ensemble de ces facteurs de dérive est difficile à chiffrer car on ne sait pas mesurer l'ampleur que pouvaient avoir, avant la réforme, les attitudes de rétention de prescription des produits en cause. Cet effet est néanmoins plausible et c'est ce qui explique que

329. La DHOS espère progresser sur ce plan en 2007.

l'instauration de la liste en sus ait été rapidement perçue à la fois comme nécessaire et problématique.

Dès lors, la régulation des TR de la liste en sus ne peut valoir régulation de la dépense. On peut le vérifier à propos de produits dont la consommation augmente considérablement mais dont les prix ne sont pas révisés (ou ne le sont pas à hauteur du chiffre d'affaires excédant celui dont l'estimation avait servi de base à la détermination du prix ou du TR[330]).

Des améliorations possibles

La question, rendue pressante par les perspectives de mises sur le marché à moyen terme et par la faiblesse des marges de manœuvre offertes par les autres charges hospitalières, est donc de savoir si les effets inflationnistes du dispositif peuvent être maîtrisés. Plusieurs pistes s'offrent à la réflexion :

- la définition d'un mécanisme de régulation « volume/prix ». La possibilité juridique en existe depuis 2006 avec l'article 40 de la LFSS pour 2006 : les entreprises peuvent en effet se voir demander une contribution si le chiffre d'affaires réalisé au titre des spécialités inscrites sur la liste de rétrocession (liste assez proche de la liste en sus) progresse plus rapidement que l'ONDAM. Le CEPS peut d'autre part affecter a priori à certains produits de la liste en sus un montant de dépenses de l'assurance maladie, au-delà duquel les prix pourront être abaissés, à moins que le laboratoire ne préfère verser une contribution pour préserver son prix. Les premières mesures d'application étaient envisagées pour l'été 2007 ;
- la réduction de la liste en sus. On peut envisager de limiter au minimum technique la présence des produits sur la liste en sus. Un effort statistique et normatif suffisant, à partir du PMSI et des référentiels en cours d'élaboration, devrait permettre de réduire la difficulté de prévision qui est, du moins en cancérologie, la première justification du mécanisme de la liste.

  Par ailleurs, le rythme des sorties de la liste en sus devrait à moyen terme être plus soutenu qu'il ne l'a été jusqu'ici: seules six radiations ont été déjà enregistrées, du reste pour d'autres raisons que celle décrite ici, contre 32 nouvelles inscriptions. Plus globalement, la liste devrait être réduite : il y a probablement un écart entre ce qu'elle représente actuellement, soit la moitié des achats et le besoin auquel elle répond.

330. L'accord cadre passé avec la profession empêche de modifier les prix pendant cinq ans, y compris pour les médicaments apportant un progrès « modéré ».

En toute logique, les critères d'inscription devraient être resserrés autour de la notion médicale de fréquence des prescriptions ;

- on peut enfin se demander si la meilleure technique de financement des prescriptions en cause est celle qui a été retenue en France. Un système fondé sur la forfaitisation a priori d'un supplément, assortie d'un contrôle ex post à fin de correction, n'aurait pas les mêmes travers. On peut admettre qu'il était techniquement difficile de l'envisager il y a quelques années, mais il conviendrait de réétudier le problème en s'aidant des systèmes d'information plus ambitieux qui vont être mis en place.

C – Les pratiques des établissements

Dans les établissements, la performance de l'achat est fonction de l'intelligence des référencements comme de la rationalité économique des prescriptions, en volume et en qualité, de la compétence des responsables des achats, de leur approche de la négociation, de leur choix des procédures, de leur usage du groupement. Etre en état de profiter pleinement de l'offre de génériques, par exemple, ou de créer des enjeux commerciaux motivants pour les laboratoires implique des investissements internes intellectuels et parfois matériels. On abordera ici des thèmes de progrès possibles repérés par l'enquête et, pour certains d'entre eux, mis en avant par la tutelle.

1 – Les prescriptions appellent un effort de discipline

Dans son rapport de 2002, la Cour avait recommandé que soient élaborés et diffusés des référentiels de bon usage. Le sujet reste d'importance majeure pour la santé publique puisque la DGS estime à 1,3 million le nombre annuel de patients et à 10% la proportion des séjours hospitaliers qui subissent un événement iatrogénique en cours d'hospitalisation, évitable dans au moins 40% des cas et d'un coût global proche de 400 M€ par an.

L'enquête a montré que la diffusion de référentiels s'imposait d'autant plus que le contrôle interne des prescriptions, assigné par la loi aux pharmaciens, était souvent rendu impossible par le circuit du médicament. Il est donc opportun que les contrats de bon usage des médicaments (CBU) rendus obligatoires par la loi (art. L. 162-22-7 du CSS) imposent le contrôle de la conformité globale des prescriptions aux AMM ou à des référentiels élaborés par l'AFSSAPS ou l'INCa (décret du 24 août 2005). La surveillance de l’obligation des CBU a été confiée à des observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) placés auprès des ARH et

généralisés par le même décret. Son non respect est sanctionné par la réduction du taux de prise en charge des médicaments en cause par l'assurance maladie.

La DHOS considère que la bonne exécution des CBU pourrait constituer une solution à la dérive des dépenses de médicaments coûteux. L'hypothèse est qu'une responsabilité substantielle dans cette dernière peut être imputée aux comportements de prescription déviants. Mais elle apparaît optimiste et ne donne pas d'idée de la correction à attendre ni du laps de temps nécessaire.

2 – Des référencements et une approche de la négociation qui n'ont pas assez évolué

Le référencement des produits, dont on a vu que dépendait une part du jeu de la concurrence, relève de la responsabilité des COMEDIMS, institutions généralisées depuis 2000 pour assurer la transparence, la motivation et l'interdisciplinarité des décisions (sauf pour les ATU). De grands espoirs ont été fondés dans cette instance. La situation de terrain est cependant très inégale et les récents CBU ont souvent dû, pour l'améliorer, comporter des clauses relatives à la participation des médecins aux COMEDIMS. On peut craindre également qu'il y ait des limites à l'efficacité de leur travail de sélection, notamment du fait de leurs moyens actuels d'information scientifique, des insuffisances de la connaissance des coûts de traitement ou du défaut d'effectivité des décisions en l'absence de contrôle des ordonnances.

En termes de nombre de référencements et de « déprolifération », les COMEDIMS sont encore loin d'avoir significativement renforcé la position de négociation des acheteurs. L'enquête a montré que même lorsque les pharmaciens conviennent de la substituabilité des produits, de nombreuses raisons sont invoquées pour conserver un référencement large voire exhaustif, qu'elles soient de principe ou purement locales, fondées sur des faits ou sur des représentations.

Or, un facteur important de compétitivité, confirmé par la comparaison avec certaines entreprises privées, consiste à créer des enjeux pour le vendeur, objectif auquel concourt le travail sur le référencement. Il faut à la fois pouvoir déplacer des achats d'un produit à l'autre et prendre des engagements attractifs. Certains groupes privés prennent même le parti de déréférencer périodiquement l'un ou l'autre de leurs fournisseurs pour entretenir l'esprit de compétition.

Concentrer les référencements sur certaines spécialités et tenir des engagements d'achat volontaristes supposent une cohésion interne certaine, car il faut éviter que les prescripteurs désavouent par leurs

pratiques les options des négociateurs, problème que l'existence d'une COMEDIMS ne suffit pas nécessairement à résoudre. A cet égard, l'exemple de certains opérateurs privés s'avère instructif. L'enquête a montré que la solution pouvait certes consister en un intéressement personnel aux économies mais, plus souvent encore, en une politique de présence des gestionnaires et de dialogue constant dans les services, ne serait-ce que pour contrebalancer la présence des visiteurs médicaux et surtout vérifier l'adhésion des médecins aux choix d'achat.

3 – L'insuffisance de la connaissance des prix et des coûts et de la professionnalisation de l'achat

Les acheteurs publics ont les plus grandes difficultés à évaluer leur performance relative car le marché entretient l'opacité sur les prix, du moins hors de la liste en sus. C'est un des aspects les plus notables de l'asymétrie d'information. Un instrument de mutualisation serait donc souhaitable. La FHF a du reste lancé une initiative en la matière.

Le secteur privé s'en est doté, avec les centrales de référencement, prestataires de services externes, à un coût collectif modeste en termes financiers comme en termes d'aliénation de la liberté des opérateurs. La plus grande partie des achats passe par elles, du fait de leur connaissance actualisée du marché, de leur expertise des techniques de négociation et de l'externalisation des tâches qu'elles permettent notamment aux petits et moyens établissements.

Ces centrales fournissent de surcroît à leurs adhérents une information sur les prix qui permet au minimum à chacun d'avoir l'assurance de ne pas traiter lui-même hors des conditions du marché s'il veut négocier individuellement, voire de disposer d'une référence de départ pour faire valoir des arguments spécifiques (cf. ci-dessus) : c'est en soi un stimulant pour la recherche de rationalisations. C'est l'instrument de mutualisation et d'optimisation qui manque au secteur public.

La connaissance des coûts de gestion de l'achat (procédures, approvisionnement, stockage, charge des produits périmés…) est elle aussi largement absente des établissements publics, davantage que des cliniques privées. Cette faiblesse symptomatique est évidemment un obstacle à certaines prises de conscience et à la mise en place de moyens de modernisation, qu'ils soient internes ou externes.

Le secteur privé paraît également avoir une certaine avance dans la professionnalisation des fonctions, sujet déjà soulevé par la Cour en 2002. Celle-ci peut d'abord consister en la spécialisation d'une équipe et la dissociation des tâches entre celles du pharmacien, chargé de l'expertise, celles d'une cellule administrative et éventuellement celles d'un acheteur

chargé de la négociation, sachant que cette distinction devra s'accompagner si possible d'échanges tout au long du processus. Ce dispositif différencié ne se trouve guère que dans les plus grands établissements publics ou certains groupements. Une étape supplémentaire consiste à recruter un acheteur issu de la distribution ou de l'industrie, comme dans certains groupes privés ou à la fédération des CLCC. En un sens, les centrales de référencement fonctionnent comme un facteur externalisé de professionnalisation pour l'ensemble des établissements indépendants.

4 – La gestion des procédures n'est pas assez réactive

Une différence évidente entre les secteurs public et privé tient à l'application par le premier du code des marchés publics. Le secteur privé à but non lucratif a lui aussi depuis 2006 des obligations, mais celles-ci sont moins contraignantes. De manière générale les acheteurs privés y gagnent en possibilités de réactivité aux évolutions du marché, car les délais incompressibles de procédure sont nettement plus brefs et la faiblesse des coûts de transaction favorise les mouvements d'adaptation. Au surplus, la rigidité procédurale est en soi un encouragement à la redondance des référencements, par précaution. Les acheteurs privés y gagnent également en liberté de négocier.

Il n'est cependant pas certain que ces disparités juridiques suffisent à expliquer les différences d'approche. L'enquête a montré chez au moins certains opérateurs privés une attitude plus volontariste et plus confiante dans l'apparition d'opportunités, y compris à l'égard de la liste en sus, confiance assortie d'une veille plus attentive à l'égard des évolutions de la concurrence parmi les offreurs. A l'inverse les hôpitaux n'ont jusqu'ici exploité que partiellement les possibilités de négociation ménagées par le nouveau code des marchés et les établissements (petits et moyens notamment) restent plutôt attachés à l'appel d'offres alors même que la procédure est plus coûteuse, plus rigide et pas toujours justifiée par la configuration de l'offre. Il est vrai que son surcoût n'est pas connu des acheteurs.

De même, les potentialités de la définition des lots, qui peut à elle seule ouvrir ou fermer la concurrence, sont souvent mal utilisées. L'enquête a même mis au jour des choix d'allotissement manifestement destinés à éviter le jeu de la concurrence.

Enfin le facteur temps n'est pas assez souvent perçu comme un facteur déterminant de performance : optimiser la durée et la fréquence des marchés, leurs clauses d'adaptation, mais aussi leur date peut constituer la principale source de gains. On remarquera que des centrales privées lancent leurs consultations après la vague annuelle des marchés

publics, sachant pertinemment que les laboratoires ont des objectifs de chiffre à atteindre.

5 – Les groupements d'achat et de référencement doivent encore préciser leur finalité

La Cour avait recommandé en 2002 de modifier le code des marchés publics en ce qu'il dissuadait la constitution des groupements d'achat entre établissements publics. Cela a été fait. Les groupements d'achat des établissements hospitaliers constituent maintenant une réalité bien vivante et diversifiée, qui assure une part importante des achats hospitaliers. Mais ils sont soumis désormais à la concurrence montante des centrales, prestataires externes, et à des restructurations avec, par exemple, la constitution d'un groupement national des plus gros établissements. Celle-ci pose du reste pour l'instant autant de questions qu'elle n'en résout, notamment parce qu'elle ambitionne d'aller au-delà de la massification des volumes et d'assumer différentes fonctions de la chaîne d'achat. Les enquêteurs des CRC ont rencontré des responsables hospitaliers indécis à l'égard de l'intérêt réel de la formule de groupement ou de son niveau territorial adéquat, en partie sous l'effet indirect des options très ouvertes retenues par le ministère.

Il est vrai aussi qu'en termes de prix obtenus dans les marchés, les groupements ne se distinguent pas par une performance particulière, surtout depuis l'instauration de la liste en sus. La différence ne survient nettement qu'à partir du moment où le groupement acquiert une force de frappe en assumant le référencement centralisé au lieu de se contenter d'agréger les référencements de ses adhérents. C'est ce à quoi la FNCLCC est parvenue pour ses vingt adhérents après plusieurs années de concertation, donnant ainsi toute son utilité à l'idée de groupement.

SYNTHÈSE

La nécessaire maîtrise des dépenses de médicaments en ville appelle des mesures plus énergiques que celles déjà engagées.

Le circuit de la mise sur le marché et de l'admission au remboursement ne permet toujours pas de jouer un rôle de filtre efficace dans l'introduction de médicaments, ni au stade de l'évaluation initiale, ni au stade de la réévaluation en cours de vie des produits.

De même, en dépit des efforts de maîtrise médicalisée, les prescriptions des médecins restent très peu encadrées en France. La formation et l'information en matière de médicament, essentielles pour influencer le niveau et la qualité des prescriptions, demeurent très insuffisantes, malgré certains efforts récents. Ces éléments, ajoutés à l'insuffisance de l'accompagnement des patients, se conjuguent pour

expliquer les spécificités françaises en matière de prescription et de consommation de médicaments.

De même, à l'hôpital, la situation actuelle se caractérise par une croissance rapide des dépenses de médicaments sur la moitié (en valeur) des achats, par des perspectives plus préoccupantes encore et par une politique spécifique peu directive. La seule régulation par l'ONDAM, qui suppose que l'hôpital dégage des économies pour compenser une dérive d'origine externe, ne suffira pas.

Certaines mesures commencent à être mises en œuvre, tels que l'élaboration et la diffusion des référentiels de bon usage ou le développement des compétences d'acheteur, mais les effets sont loin d'être déjà sensibles. L'édification d'un système d'information susceptible de fournir des données fiables et complètes progresse lentement. En revanche le constat ne peut qu'être négatif sur la diffusion de listes d'équivalents thérapeutiques (la diffusion d'éléments d'information opérationnels serait déjà appréciable).

De nombreuses améliorations doivent être apportées aux pratiques des établissements. Le parti de miser sur la responsabilité des professionnels hospitaliers et sur leur évolution culturelle est défendable, à condition de leur fournir plus d'aides, notamment documentaires, qu'on n'y consent aujourd'hui. Mais le problème financier devrait durer, voire s'aggraver et reste contredit par d'autres aspects de la politique hospitalière et de la politique du médicament. A la jonction de ces domaines, des mesures techniques doivent être prises sur la liste en sus qui relèvent uniquement de l'autorité nationale. Enfin il y a des enseignements pragmatiques à tirer du secteur privé et à diffuser de façon privilégiée.

RECOMMANDATIONS

27. Faire aboutir la réforme des critères d'admission au remboursement des médicaments et réviser de manière plus régulière la liste des médicaments remboursables, en permettant la prise en compte de critères médico-économiques dans les deux cas.

28. Renforcer l'implication des acteurs publics dans le domaine des études post-AMM et prévoir un mécanisme de sanction pour les firmes qui ne réalisent pas les études qui leur sont demandées ou qui les réalisent avec retard.

29. Renforcer la transparence des groupes de travail de l'AFSSAPS et instituer des délais maxima pour la communication de ses décisions.

30. Elaborer une base de données publique sur le médicament offrant une information exhaustive, indépendante, actualisée et d'accès gratuit.

31. Réduire le nombre de spécialités référencées à l'hôpital en développant l'information des acheteurs et des prescripteurs sur les équivalences thérapeutiques. Mettre le sujet au programme de travail de la HAS.

32. Promouvoir auprès des hôpitaux les pratiques de référencement et d'allotissement les plus efficaces et doter les établissements d'une base de données sur les prix en s'inspirant de l'action des centrales de référencement.

33. Mettre à l'étude un dispositif de régulation prix/volume de la dépense en médicaments coûteux dans les établissements hospitaliers.

34. Resserrer les critères d'inscription sur la liste en sus des médicaments hospitaliers.

Chapitre X

Le partage des données entre les systèmes d'information de santé

PRÉSENTATION

Le partage des données entre les différents systèmes d'information de santé[331] *constitue un enjeu important pour la politique de santé en France pour deux raisons :*

- *en premier lieu, ce partage permet d'accéder à l'historique médical des patients, sans qu'il y ait perte ou altération des informations médicales. Les professionnels de santé, disposant d'informations plus fiables et plus complètes (antécédents, résultats d'examens complémen-taires, soins en cours…) sont en mesure de mieux accomplir leurs missions. Le partage d'informations répond donc à l'objectif de qualité des soins ;*
- *ensuite la connaissance immédiate des informations médicales relatives à un patient est source d'économies, dans la mesure où elle évite les examens redondants. Le partage d'informations répond donc aussi à l'objectif de maîtrise des dépenses de santé.*

Cet enjeu s'est renforcé au cours des dernières années à la faveur de deux évolutions dont les effets sont cumulatifs :

- *les professionnels de santé et les établissements de santé se sont massivement équipés de systèmes d'information. A titre d'exemple, en 2006*[332]*, 66 % des médecins généralistes utilisaient un logiciel de gestion des dossiers médicaux alors qu'ils n'étaient que 25 % en 2003*[333]*. Cette évolution augmente l'intérêt de partager les informations médicales ;*
- *on peut aussi constater que pour la prise en charge d'un patient, un professionnel de santé fait de plus en plus appel aux avis des autres membres du corps médical ou s'appuie sur des examens complémentaires plus fréquents. Cette évolution augmente les besoins de partage d'informations médicales entre les professionnels de santé.*

Dès lors, les questions en apparence techniques liées à l'interopérabilité des différents systèmes d'information ont pris une importance nouvelle.

---

331. Il s'agit ici des informations de nature médicale relatives aux patients et non des informations de gestion, c'est-à-dire relatives aux prises de rendez-vous, à la facturation et au remboursement des actes et prestations de soins.
332. Etude de la CNAMTS de février 2006 sur l'informatisation des professionnels de santé.
333. Rapport remis au ministre de la santé « Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins », janvier 2003.

On rappelle que la capacité des systèmes d'information à communiquer entre eux relève de l'interopérabilité : dans le domaine des systèmes d'information[334]*, l'interopérabilité est la capacité, pour un système informatique, d'utiliser les informations produites par un autre système informatique comme les informations produites par lui-même et de mettre à la disposition des autres systèmes les informations qu'il a produites. En termes plus simples, c'est la possibilité de partager les données entre systèmes d'information.*

Dans le domaine de la santé, sont analysés successivement les conditions requises pour un tel partage, les obstacles rencontrés et les politiques publiques qui devraient viser à les surmonter.

I - Les principales conditions de l'interopérabilité

Pour que les systèmes d'information en santé soient interopérables, certaines conditions, d'ordre technique ou relevant de l'organisation des soins, doivent être satisfaites. Les principales sont examinées ci-après.

A – L'identification des patients

Pour que des professionnels de santé partagent ou s'échangent des informations concernant un patient dont ils ont la charge, soit en tant que prescripteur, soit en tant que prescrit, il est indispensable que le patient soit identifié sans ambiguïté.

L'identification au moyen du nom, du prénom, de la date et du lieu de naissance n'est pas suffisante : une erreur sur une des données d'identification peut donner lieu à la création de deux dossiers distincts pour un même patient et, en cas d'homonymie, à utiliser, pour deux patients différents, le même dossier.

Pour réaliser une identification avec un niveau de fiabilité satisfaisant, trois solutions sont possibles :

- soit l'on crée, au niveau national, un système d'identification *ex nihilo*, en attribuant, après avoir vérifié son identité, un identifiant à chaque patient, c'est-à-dire à chaque personne prise en charge par le système de soins en France et donc potentiellement à tous les résidents. La constitution d'un tel système d'identification a un coût, estimé par

334. Le concept d'interopérabilité existe aussi pour les activités ferroviaires et dans le secteur militaire.

le ministère de la santé à 500 M€, sans compter le coût annuel pour sa mise à jour ;

- soit on utilise le répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP), géré par l'INSEE et, pour les personnes nées à l'étranger, à Mayotte, en Polynésie Française, en Nouvelle-Calédonie et dans les îles Wallis et Futuna, par la CNAVTS. L'utilisation de l'identifiant du RNIPP, appelé NIR (numéro d'inscription au répertoire) et la communication de données issues du RNIPP, notamment pour vérifier l'exactitude du NIR, requièrent soit une autorisation de la CNIL, soit des dispositions législatives ou réglementaires prises après avis de la CNIL ;
- soit l'on fabrique, à partir du NIR, un identifiant spécifique au domaine de la santé qui ne serait pas signifiant[335]. Cette façon de procéder dispense de créer un organisme chargé de l'identification des patients, requis pour la mise en œuvre de la première solution. Il nécessite cependant de gérer, de façon sécurisée, si possible en un lieu unique, une table permettant, à partir du NIR, d'obtenir l'identifiant santé des patients.

Enfin, quelle que soit la solution adoptée, tous les systèmes d'information assurant la gestion des informations de santé devront être adaptés afin de permettre l'utilisation de l'identifiant retenu.

Ce n'est que par la loi du 30 janvier 2007 que l'utilisation d'un même identifiant pour tous les systèmes d'information de santé a été prévue. Cette loi prévoit qu'« un identifiant de santé des personnes prises en charge par un professionnel de santé ou un établissement de santé ou dans le cadre d'un réseau de santé […] est utilisé, dans l'intérêt des personnes concernées et à des fins de coordination et de la qualité des soins, pour la conservation, l'hébergement et la transmission des informations de santé. »

Mais le choix d'un système d'identification (système d'identification dédié aux systèmes d'information de santé, NIR ou identifiant non signifiant obtenu à partir du NIR) n'a pas encore été concrétisé, la solution envisagée initialement par le ministère de la santé (utilisation du NIR) divergeant avec les préconisations formulées par la CNIL le 20 février 2007 (création d'un identifiant spécifique non signifiant constitué à partir du NIR).

335. Le NIR est signifiant car il permet de connaître le sexe de la personne, sa date de naissance au mois près et sa commune de naissance. Il ne protège donc pas l'anonymat.

B – L'identification des professionnels de santé

Pour que les systèmes d'information des professionnels de santé puissent s'échanger de l'information, il est nécessaire de connaître de façon certaine qui est à l'origine de l'information, c'est-à-dire qui se porte garant de la qualité de celle-ci et qui en est destinataire pour s'assurer de son habilitation à la recevoir. L'identification fiable des professionnels de santé constitue donc une condition incontournable pour l'interopérabilité des systèmes d'information.

Le système CPS (carte professionnel de santé) remplit cette fonction d'identification. Il est actuellement utilisé principalement dans le cadre de la transmission de feuilles de soins électroniques (FSE) aux organismes d'assurance maladie. Il est mis en œuvre par le groupement d'intérêt public CPS (GIP CPS) créé en 1993.

La carte CPS, attribuée aux professionnels de santé, permet ainsi :

- l'identification du porteur, grâce à l'identifiant qui distingue le professionnel de santé sans ambiguïté. La carte contient en outre des informations professionnelles le concernant, recueillies auprès des autorités compétentes (Etat, ordres, organismes d'assurance maladie) ;
- l'authentification du porteur pour les transmissions sécurisées avec l'assurance maladie et entre professionnels de santé ainsi que, le cas échéant, pour l'accès aux dossiers des patients ;
- la signature électronique des opérations effectuées afin de les valider et de garantir la non-altération des données ;
- ainsi que le chiffrement des échanges pour garantir leur confidentialité.

Si le taux de diffusion de la carte CPS parmi les professionnels de santé libéraux est élevé (78 % en moyenne en mars 2007, avec 85 % pour les médecins généralistes et 79 % pour les infirmiers, ces deux professions constituant les populations les plus importantes des professionnels de santé), le système CPS est très peu déployé au sein du secteur hospitalier : 4 % des professionnels de santé des établissements hospitaliers toutes catégories confondues disposaient d'une carte CPS en mars 2007. Le pourcentage est de 8 % chez les médecins hospitaliers. Les raisons de cette faible diffusion sont les suivantes :

- la première, et a priori la principale, est l'absence fréquente d'une véritable politique de sécurité au sein des établissements et, en corollaire, le faible développement au sein des systèmes d'information hospitaliers des infrastructures de sécurité (annuaires des personnels, gestion personnalisée des habilitations…). En l'absence d'applications pour exploiter les avantages de la carte CPS, celle-ci présente peu

d'intérêt. Par ailleurs, contrairement au secteur libéral, l'utilisation de la carte CPS des professionnels de santé n'est pas nécessaire pour la facturation des prestations aux organismes d'assurance maladie : l'automatisation des échanges avec l'assurance maladie ne constitue pas une incitation pour son déploiement ;

- la seconde raison est le caractère mal adapté de la carte actuelle à certains modes de fonctionnement propres à l'hôpital. En effet, la CPS est équipée d'un dispositif de lecture « avec contact » qui nécessite que la carte soit insérée dans le lecteur pendant la durée de l'exécution des traitements. Autant cette formule est bien adaptée au cas des praticiens utilisant en permanence un poste dédié, autant elle est peu pratique dans le cas des postes partagés par plusieurs praticiens ou si ceux-ci doivent utiliser successivement plusieurs postes. Une évolution de la carte à horizon 2008/2009 est envisagée pour intégrer des technologies de lecture « sans contact », mieux adaptées à ces cas. Par ailleurs, des solutions alternatives à la CPS (notamment certificats logiciels embarqués sur d'autres supports tels que *token USB* sécurisés…) sont en cours d'expérimentation.

Cependant il convient de noter que le décret du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales impose désormais l'usage de la CPS pour tout accès aux informations médicales à caractère personnel conservées sur support informatique et pour leur transmission par voie électronique. Cette disposition d'application immédiate, sauf pour les établissements de santé pour lesquels un délai de trois ans est prévu, est susceptible d'influencer la normalisation des dispositifs d'authentification et de signature électronique.

Par ailleurs, le système d'identification du dispositif CPS, qui repose sur le numéro ADELI[336], est perfectible. Ses inconvénients, qui impactent cependant plus l'utilisation statistique de informations liées à l'identification que la fiabilité de l'identification elle-même, sont les suivants :

- le numéro d'identification (numéro ADELI) est signifiant : il permet en effet de connaître le département d'exercice et la catégorie du professionnel de santé. Ce caractère signifiant est susceptible de poser des difficultés en matière de confidentialité ;
- un professionnel de santé qui exerce dans plusieurs départements peut disposer d'un identifiant et donc d'une carte par département et un

336. Numéro d'identification du répertoire ADELI, géré par les directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDAS) et centralisé par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé de la santé.

professionnel qui change de département d'exercice doit changer de numéro ADELI.

Le répertoire partagé des professions de santé (RPPS), nouveau dispositif en cours de développement et complémentaire au répertoire des cartes CPS, permettra d'attribuer, en substitution au numéro ADELI, un numéro unique et pérenne aux professionnels de santé, améliorant ainsi la fiabilité de leur identification. Ce nouveau dispositif, prévu à l'origine pour être mis progressivement en service à partir du début de l'année 2005, devrait commencer à être opérationnel en fin d'année 2007. Ce retard de près de trois ans est imputable à une planification optimiste lors de la détermination du calendrier initial d'un projet de nouveau référentiel et de nouvelle identification ayant des conséquences pour l'ensemble des acteurs de santé.

C – La normalisation des échanges

Une fois que les professionnels de santé à l'origine et destinataires des informations échangées sont identifiés ainsi que le patient auquel ces informations se rapportent, il faut faire le choix, pour les informations échangées (qu'elles soient alphanumériques ou graphiques) entre deux types d'échanges :

- soit les informations sont échangées sous la forme de textes non structurés ou d'images, auquel cas aucune exploitation automatique des données transmises n'est possible et l'information n'est accessible qu'à l'opérateur pour lecture visuelle ;
- soit les informations sont structurées en conformité aux normes et standards reconnus, auquel cas les informations peuvent être exploitées de façon automatique (calcul à partir de données numériques, lecture avec des logiciels d'imagerie médicale, alimentation d'un dossier patient structuré…).

Le travail de structuration des données est non seulement de nature informatique, mais aussi médicale, notamment du fait de la nécessité de donner une définition précise pour chacune des données transmises, notamment en ce qui concerne le contexte de leur recueil. Ainsi, pour les lettres produites à l'issue d'un séjour en établissement hospitalier (cf. infra), les travaux de normalisation n'ont pas encore abouti, la priorité étant donnée par la DHOS à la diminution du délai de leur production.

La conformité aux normes et standards reconnus permet donc une exploitation beaucoup plus efficace des données partagées. Mais il n'existe pas, à ce jour, de mesure de la mise en œuvre de ces normes et standards.

D – La sécurisation des échanges

La dernière condition de mise en œuvre de l'interopérabilité est la sécurisation des échanges. Ce thème est particulièrement sensible pour le secteur de la santé.

Outre l'authentification des intervenants (cf. ci-dessus), la sécurisation des échanges nécessite d'une part leur confidentialité (c'est-à-dire que seul le destinataire doit pouvoir lire le message) et leur non altération (le message ne doit pas pouvoir être modifié pendant son échange). Ces deux fonctionnalités sont apportées par les outils de chiffrement (mécanismes cryptographiques).

Le développement des échanges par Internet, notamment dans le cadre des échanges dans le cadre de transactions commerciales, a rendu nécessaire l'émergence de normes et standards (SSL et S-HTTP pour les accès en ligne et S/MIME pour la messagerie).

E – La mise en œuvre des conditions d'interopérabilité

Dans la mesure où les systèmes d'information en santé font intervenir un grand nombre d'acteurs (professionnels de santé, établissements de santé, éditeurs de logiciels, sociétés de service, administration…), la mise en œuvre des conditions d'interopérabilité doit être organisée pour que celle-ci soit effective. C'est l'objet des référentiels d'interopérabilité.

En premier lieu, l'ordonnance du 8 décembre 2005 a prévu la définition d'un référentiel général d'interopérabilité qui déterminera les règles permettant d'assurer l'interopérabilité des systèmes d'information des administrations de l'Etat, des collectivités territoriales, des établissements publics à caractère administratif et des organismes de sécurité sociale. Ces règles portent notamment sur les répertoires de données, sur les normes et les standards. Les modalités de son élaboration ont été définies par le décret du 2 mars 2007.

Le référentiel général d'interopérabilité devra ensuite être décliné pour le domaine de la santé. La loi du 30 janvier 2007 a d'ailleurs étendu l'obligation du respect du référentiel d'interopérabilité spécifique à la santé à tous les acteurs du système de santé (professionnels de santé, établissements, hébergeurs de données de santé).

Ce dispositif pour le domaine de la santé doit encore être finalisé :

- les règles minimales d'interopérabilité, limitées dans un premier temps aux fonctions nécessaires à la mise en œuvre du dossier médical partagé, n'ont pas encore été publiées ;
- les modalités de vérification du respect de ces règles restent à définir ainsi que les dispositions relatives aux sanctions en cas de non respect.

II - Les limites actuelles du développement de l'interopérabilité

A – L'atomisation du parc de logiciels

Les systèmes d'information traitant les données médicales des patients peuvent être classés en deux grandes catégories :

- les systèmes de gestion de dossiers médicaux des médecins de ville (hors cabinets de radiologie et laboratoires). La majorité des médecins (probablement plus des trois quarts[337]) est maintenant équipée de tels systèmes d'information. Mais le parc installé est atomisé : plus d'une vingtaine de logiciels différents sont commercialisés. De plus, les éditeurs des logiciels médicaux sont, pour la plupart, des petites structures avec des capacités financières limitées ;
- les systèmes d'information des unités de production de soins[338], installés dans les établissements hospitaliers. Comme pour les médecins de ville, le parc est atomisé. A titre d'exemple, une étude réalisée en 2003 avait montré, sur un échantillon de 18 établissements hospitaliers, que 16 logiciels différents étaient utilisés (9 outils du marché et 7 développements internes).

Cette situation n'est pas propice aux évolutions techniques, notamment celles permettant de rendre les systèmes d'information plus interopérables.

Il faut cependant noter le cas particulier des cabinets de radiologie et des laboratoires, pour lequel les systèmes d'information sont couplés à des équipements techniques, notamment d'imagerie médicale. Le faible nombre de constructeurs de tels matériels fait que le parc est peu atomisé.

---

337. Le taux d'équipement n'est pas connu avec précision.

338. Ensemble des fonctions du système d'information hospitalier disponibles pour les utilisateurs de l'unité de soins, ainsi que le lien de ces fonctions avec les systèmes d'information administratif, médico-économique, logistique et ceux des services médico-techniques.

B – Une typologie limitée des échanges formalisés entre professionnels de santé

Plusieurs professionnels de santé peuvent intervenir pour la prise en charge d'un patient. Les transmissions d'informations entre ces professionnels de santé sont définies par le code de la santé publique. Ces transmissions prennent les formes suivantes :

- informations portées sur le carnet de santé pour les enfants et de grossesse pour les femmes enceintes. Ces documents permettent aux professionnels de santé de prendre connaissance des informations inscrites antérieurement par eux ou par d'autres professionnels de santé ;
- les prescriptions, soit pour des examens complémentaires (auquel cas un retour est attendu), soit pour une hospitalisation, soit pour des soins ou pour une délivrance de produits, constituent aussi des informations échangées. Une prescription ne peut être envoyée directement par le médecin prescripteur au professionnel de santé qui effectuera les examens complémentaire ou qui délivrera les produits, dans la mesure où il est tenu de respecter le libre choix du patient, en application de l'article 60 du code de déontologie médicale ;
- les résultats des examens complémentaires sont des informations transmises au médecin prescripteur ;
- dans le cas d'hospitalisation, l'information relative à l'admission et, en cours de séjour, les informations relatives à l'état du patient sont transmises par le service de l'établissement hospitalier au médecin désigné par le patient ou son entourage ;
- en fin de séjour dans un établissement hospitalier, le médecin, en général désigné par le patient, est destinataire de différentes informations médicales, notamment sous la forme d'une lettre de sortie.

Il faut aussi mentionner le document médical de synthèse, prévu par la convention nationale des médecins généralistes du 26 novembre 1998 dans le cadre des obligations incombant au médecin référent. Ce document pouvait être transmis aux autres médecins consultés sur indication du médecin référent. L'extinction du dispositif de médecin référent conduit à la disparition de ce document.

Le caractère interopérable des systèmes d'information facilite le partage d'informations entre professionnels de santé dans le cadre des échanges énumérés ci-dessus. Le développement de l'interopérabilité ne peut cependant permettre d'autres échanges que ceux prévus par les textes, mentionnés ci-dessus.

Par ailleurs, les professionnels de santé peuvent échanger des informations sur un patient pour assurer la continuité des soins ou déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible[339], mais, contrairement aux cas cités ci-dessus, la forme et la nature des informations échangées ne sont pas déterminées par les textes.

C – Les règles relatives à la confidentialité des échanges entre professionnels de santé

Le secret médical constitue un aspect fondamental du droit médical et les dispositions relatives à sa préservation sont prévues par le code de la santé publique. Concernant les échanges d'informations médicales relatives aux patients, la règle est qu'un médecin ne peut transmettre une information que s'il a l'autorisation du patient ou s'il en a informé ce dernier (notamment selon les articles 58, 59, 60 du code de déontologie médicale).

Les seules situations dans lesquelles ce principe n'est pas mis en œuvre sont les suivantes :

- lorsque le patient est pris en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations le concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe (article L. 1110-4 du code de la santé publique) ;
- lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés. Mais l'article 64 du code de déontologie médicale, qui énonce ce principe, n'oblige pas dans cette situation les médecins à tenir le patient informé de ces communications.

Ainsi, pour la médecine de ville, les échanges entre les systèmes d'information des professionnels de santé ne peuvent être opérés qu'avec l'autorisation du patient ou son information, et ceci a priori pour chaque échange : le respect du secret médical constitue donc un principe fort en matière d'interopérabilité.

Le cas de l'hôpital est différent : dans la mesure où il n'existe pas de règle spéciale relative à la circulation de l'information médicale au sein de l'équipe soignante en charge du patient, le secret médical ne constitue pas une contrainte pour les systèmes d'information médicaux au sein de l'hôpital.

339. Article L. 1110-4 du code de la santé publique.

III - Les actions mises en œuvre par les pouvoirs publics pour développer l'interopérabilité des systèmes d'information de santé

Les actions des pouvoirs publics pour développer l'interopérabilité ont été examinées selon deux approches :

- pour la médecine de ville, il s'agit des actions portant sur les systèmes d'information des réseaux de santé et financées sur fonds publics. Ces actions constituent en effet un vecteur de développement de l'interopérabilité ;
- pour le secteur hospitalier, le pilotage par l'Etat des organismes participant au développement des systèmes d'information a été analysé, en mettant l'accent sur les actions contribuant à l'interopérabilité.

A – Pour la médecine de ville

Dans le cadre de ses travaux sur l'interopérabilité des systèmes d'information de la médecine de ville, la Cour a plus particulièrement examiné les projets financés par le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et par la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) qui comportaient un volet relatif aux systèmes d'information assurant la gestion des données médicales des patients[340].

Les réseaux de santé, peu développés au demeurant, constituent le cadre institutionnel de prise en charge organisée des patients entre plusieurs professionnels de santé de ville. Le FAQSV et la DNDR, en développant les échanges entre professionnels de santé, auraient pu contribuer à l'amélioration de l'interopérabilité des systèmes d'information pour la médecine de ville.

1 – Les objectifs et les moyens du FAQSV et de la DNDR

Le FAQSV attribue des aides financières sous forme de subventions aux professionnels de santé exerçant en ville à titre libéral ou à un groupement de ces professionnels. Au moins 80% des subventions sont destinés à des projets régionaux, le fonds pouvant, pour au plus 20%, subventionner des projet nationaux. Parmi les quatre axes privilégiés par

340. L'analyse des outils de partage d'informations mis en place dans le cadre de ces réseaux permet d'ailleurs d'appréhender le niveau d'interopérabilité des systèmes d'information des professionnels de santé.

le FAQSV, figure le développement du partage des informations par la mise en place de procédures et d'outils adaptés. Sur la période 2000-2003, environ 300 projets ont donné lieu à une décision favorable du FAQSV, dont 120 environ relevant de la coordination des soins. Les projets réalisés dans ce cadre sont en général des réseaux de santé et comportent souvent un volet système d'information. Une dizaine de projets ne porte même que sur les systèmes d'information. Pour la période examinée (2000-2003), 27 M€ ont été consacrés aux systèmes d'information.

La gestion du FAQSV est assurée par les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) pour les actions régionales et par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) pour les actions interrégionales et nationales. Le FAQSV finance depuis 2005 les travaux relatifs au développement du dossier médical personnel (DMP) réalisés par le groupement d'intérêt public DMP (GIP DMP).

La DNDR a été instituée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Cette dotation est déclinée en dotations régionales et les décisions d'attribution de subvention sont prises conjointement par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) et le directeur de l'URCAM.

Le FAQSV et la DNDR sont complémentaires, la finalité de la DNDR étant de prendre le relais du financement des réseaux de santé, la phase initiale de leur développement étant prise en charge par le FAQSV. Ces deux modes d'intervention ont été fusionnés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 pour donner naissance au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

2 – Les systèmes d'information financés par le FAQSV et la DNDR

Dans le cadre de son enquête, la Cour a fait des constats portant d'une part sur le pilotage des travaux par les instances nationale et régionales et d'autre part sur la mise en œuvre, au sein des projets, du volet système d'information.

S'agissant du pilotage, si les décisions d'attribution des subventions aux projets présentés sont prises au niveau régional, par l'ARH (pour la DNDR) et l'URCAM (pour la DNDR et le FAQSV), les orientations sont définies au niveau national. En ce qui concerne les systèmes d'information, ces orientations sont restées à un niveau très général. Elles portaient :

- sur la sécurité (confidentialité des informations, l'authentification des personnes…). A ce titre, l'utilisation de la carte CPS était encouragée ;
- sur les règles à respecter en matière de sous-traitance pour les développements informatiques et de propriété des résultats obtenus ;
- sur la nécessité de définir des règles d'accès, de partage et d'utilisation des informations. Les directives nationales rappelaient qu'un accord de la CNIL était nécessaire ;
- et enfin sur la nécessité que les systèmes d'information utilisés au sein du réseau soient interopérables entre eux. Les instructions nationales ne définissaient cependant pas les conditions minimales d'interopérabilité attendues.

Ne disposant souvent pas de compétences suffisantes en matière de systèmes d'information, le niveau régional, qu'il s'agisse des URCAM, des ARH ou encore plus des opérateurs des réseaux eux-mêmes, n'a pas été en mesure de préciser les règles d'interopérabilité attendues.

S'agissant des projets eux-mêmes, le bilan de l'enquête réalisé par la CNAMTS en 2004, confirmé par les travaux propres de la Cour dans trois régions, montre que :

- peu de réseaux disposent de systèmes d'information permettant, par des moyens autres qu'une simple messagerie, de partager des informations médicales entre les professionnels de santé du réseau ;
- les systèmes mis en place ne s'appuient que de façon très partielle sur le système CPS pour identifier et authentifier les professionnels de santé ;
- ces systèmes sont très rarement interfacés avec les systèmes d'information propres des professionnels de santé, obligeant ainsi ceux-ci à saisir une fois pour eux-mêmes les informations médicales de leurs patients et une seconde fois pour les communiquer aux autres membres du réseau.

L'accès, de façon transparente, aux informations médicales en provenance des autres professionnels de santé n'a été que très rarement amélioré par les réseaux financés par le FAQSV et la DNDR qui n'ont pas fait progresser de façon significative l'interopérabilité des systèmes d'information des professionnels de santé participant aux réseaux. Dès lors, il convient de s'interroger sur l'action que le nouveau fonds pourra développer dans ce domaine.

B – Pour le secteur hospitalier

Le champ des systèmes d'information hospitaliers est vaste. Il couvre en effet plusieurs domaines interdépendants : les fonctions support

(la gestion des ressources humaines, la gestion comptable et financière et la gestion administrative des patients), l'activité de production de soins (l'utilisation et la programmation des équipements, la gestion du dossier médical des patients et la gestion des médicaments) et le pilotage des établissements. Les systèmes d'information sont soumis en outre à de profondes évolutions, qui résultent soit des nouvelles mesures à mettre en oeuvre (T2A, DMP), soit de la nécessité de les rendre compatibles avec d'autres systèmes d'information de santé (système de l'assurance maladie, dispositif CPS, hébergeurs de données de santé pour la mise en œuvre du DMP).

Les différentes composantes d'un système d'information hospitalier sont donc fortement imbriquées entre elles et de façon progressive avec les systèmes d'information extérieurs à l'hôpital. Il en résulte que l'interopérabilité constitue une nécessité incontournable pour ces systèmes d'information.

Une des conditions du développement de l'interopérabilité est, pour ces systèmes, l'adoption de normes et de standards, qui ne peut se faire sans un pilotage fort au niveau national. En ce qui concerne le secteur hospitalier, ce pilotage est de la responsabilité du ministère de la santé et plus particulièrement de la DHOS.

En matière de système d'information de santé, le code de la santé publique reconnaît à la DHOS un rôle important. Cette direction « contribue à la définition des règles de gestion de l'information médicale ainsi qu'au développement et à l'utilisation des systèmes d'information par les professionnels et les établissements de santé ».

La DHOS a confié à plusieurs structures (le GMSIH, la MAINH et l'ATIH) certaines missions relatives au développement des systèmes d'information pour le secteur hospitalier. Cette multiplicité crée des difficultés de coordination.

1 – Le GMSIH

Le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH) a été créé par l'Etat[341] en 2000, sous la forme d'un groupement d'intérêt public, auprès duquel la DHOS assure les fonctions de commissaire du Gouvernement. Tous les établissements de santé publics et privés en sont automatiquement membres. Le groupement avait 11,8 salariés[342] en 2006.

341. Article L. 6113-10 du code de la santé publique.
342. En équivalent temps plein (ETP).

Les missions du GMSIH sont définies par le code de la santé publique : il est chargé de « concourir, dans le cadre général de la construction du système d'information de santé, à la mise en cohérence, à l'interopérabilité, à l'ouverture et à la sécurité des systèmes d'information utilisés par les établissements de santé, ainsi qu'à l'échange d'informations dans les réseaux de soins entre la médecine de ville, les établissements de santé et le secteur médico-social afin d'améliorer la coordination des soins ». Ce n'est d'ailleurs que tout récemment que la loi a étendu les compétences du GMSIH aux réseaux de soins, lesquelles ne sont exercées que depuis 2007.

Le GMSIH constitue donc un acteur du développement de l'interopérabilité dans le secteur de la santé.

Il ne réalise pas de logiciels mais contribue à la définition d'orientations, notamment par sa participation aux travaux de normalisation des systèmes et des procédures d'échanges de données de santé. Le GMSIH a ainsi contribué aux travaux sur l'identification du patient, aux études en matière d'annuaires, à la détermination des normes techniques d'échanges, aux politiques et services de sécurité. Le GMSIH réalise aussi des travaux méthodologiques pour aider les établissements de santé à définir leur politique en matière de systèmes d'information et pour les aider à les mettre en œuvre.

La compétence du GMSIH et la qualité des travaux réalisés sont reconnues. Cependant, plusieurs facteurs nuisent à l'efficacité du groupement :

- la diversité des types de missions qui lui sont confiées (missions de conseil effectuées auprès de la DHOS, missions d'opérateur pour la DHOS et enfin mission en tant que prestataire pour les établissements de santé adhérents) rend ambiguës ses relations avec la DHOS. Cette situation n'est pas de nature à faciliter le pilotage du groupement par l'Etat ;
- les travaux du groupement ne sont pas suffisamment adaptés aux différentes catégories d'établissements de santé, dont les attentes en matière d'appui à l'évolution et la modernisation de leurs systèmes d'information sont très variables en fonction de la taille des structures.

Pour renforcer le pilotage du groupement, la DHOS lui a fixé des priorités (appui aux établissements hospitalier pour l'adaptation de leurs systèmes d'information liée à la mise en œuvre des réformes, support aux établissement pour la modernisation de leurs systèmes d'information et déclinaison des conditions d'interopérabilité pour le domaine hospitalier). L'établissement prochain d'une convention d'objectifs et de moyens est de nature à poursuivre cet effort.

Cependant, la création de la cellule système d'information de la MAINH constitue une nouvelle difficulté pour le pilotage du groupement par la DHOS.

2 – La MAINH

La mise en œuvre du plan hôpital 2007 a conduit à créer une mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) chargée d'accompagner techniquement le programme de rénovation hospitalier. La Cour a critiqué[343] en 2006 l'organisation retenue pour la MAINH sur deux points : d'une part son rattachement administratif à l'agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France et d'autre part son positionnement direct auprès du ministre et non auprès de la DHOS.

La compétence de la MAINH a été étendue aux systèmes d'information hospitaliers par arrêté du 1er juillet 2005. La MAINH accompagne leur adaptation rendue nécessaire pour la réalisation des programmes nationaux (dossier médical personnel, T2A, plan urgences).

L'équipe chargée des systèmes d'information au sein de la MAINH, composée de quatre personnes, anime un réseau de 18 chargés de missions recrutés par les ARH et placés auprès d'elles. Ils doivent renforcer les compétences des ARH en systèmes d'information, apporter leur expertise, apprécier l'interopérabilité des systèmes d'information et approuver les plans directeurs informatiques des établissements et des réseaux de santé.

L'éclatement des compétences entre ces chargés de missions régionaux, l'équipe nationale de la MAINH chargée des systèmes d'information hospitaliers et le GMSIH, comme la redondance possible de ces deux dernières structures ont nécessité l'élaboration d'un protocole de coopération entre la MAINH et le GMSIH et la création d'un comité se réunissant trimestriellement, présidé par la DHOS, pour coordonner leurs actions.

Si le renforcement des compétences des ARH en matière de systèmes d'information hospitaliers répond à une nécessité, la situation du GMSIH et de la MAINH ne contribue pas à améliorer le pilotage, par les instances nationales, de la modernisation des systèmes d'informations hospitaliers et par là de l'amélioration de leur interopérabilité. De plus, l'effort de coordination par la DHOS est consommateur de ressources.

343. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006, pp. 165 et 166.

3 – L'ATIH

Créée par décret du 26 décembre 2000, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) est un établissement public administratif placé sous la tutelle du ministère de la santé. Elle est issue de la mission PMSI de la DHOS et du pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé (PERNNS). Les effectifs de l'ATIH, localisée pour des raisons historiques sur deux sites, l'un à Paris et l'autre à Lyon, étaient, en 2006, de 48 salariés.

Les missions assurées par l'ATIH sont les suivantes :

- la collecte auprès des établissements de santé des données relatives au PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), puis leur analyse afin de produire un référentiel de coûts élémentaires standards. Cette collecte s'accompagne de la diffusion d'outils informatiques aux établissements de santé pour la constitution des fichiers ;
- la contribution à la constitution de nomenclatures, notamment la classification commune des actes médicaux (CCAM) et la classification internationale des maladies (CIM).

Les travaux de l'ATIH portant sur la T2A découlent directement de ceux relatifs au PMSI. L'ATIH produit à ce titre des outils informatiques nécessaires à la mise en œuvre de ce nouveau dispositif.

Pour assurer ses missions, l'ATIH a dû définir, au niveau national, des règles qui s'appliquent à l'ensemble des systèmes d'informations hospitaliers. La mise en œuvre de ces règles dans chacun des systèmes d'information, comme par exemple la définition des tables de paramètres normalisés, contribue à leur structuration selon des principes homogènes.

Sans être un acteur direct de l'interopérabilité, l'ATIH, par la structuration des systèmes d'information hospitaliers que ses travaux induisent, contribue à faciliter la mise en œuvre ultérieure des fonctions d'interopérabilité.

C – Une coordination insuffisante au niveau du ministère de la santé

Le domaine de la santé se caractérise par un grand nombre de systèmes d'information interdépendants, mais dont les projets sont pilotés par des structures différentes. Pour renforcer la coordination de la démarche d'informatisation du système de santé français, deux structures ont donc été créées en 1997 auprès du ministre de la santé : le conseil

supérieur des systèmes d'information de santé (CSSIS) et la mission pour l'informatisation du système de santé (MISS).

1 – Le conseil supérieur des systèmes d'information de santé (CSSIS)

Le CSSIS avait pour mission d'émettre des recommandations et des avis, notamment en matière de technologies, de normes et d'organisation, sur la production, la transmission et l'exploitation des informations relative à la santé des personnes. L'interopérabilité constituait donc un sujet central pour le CSSIS.

Après trois années de fonctionnement, ce conseil, placé auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, a été mis en sommeil en 2000.

2 – La mission pour l'informatisation du système de santé (MISS)

La MISS a quant à elle été constituée quelques mois après le CSSIS. Cette unité, placée auprès du ministre de la santé, avait pour mission de coordonner, au niveau du ministère, la démarche d'informatisation du système de santé afin de garantir la cohérence des choix stratégiques et techniques comme le respect des règles éthiques. Sa mission portait essentiellement sur les grands projets de systèmes d'information en santé (carte de professionnel de santé -CPS-, carte vitale, réseau santé-social, informatisation du poste de travail des praticiens).

Le manque de légitimité de la MISS, constituée de seulement six agents, et la priorité accordée au projet SESAM-vitale ne lui ont pas permis d'avoir le rôle qui aurait dû être le sien pour le développement de l'interopérabilité des systèmes d'informatisation de santé (généralisation de la carte CPS dans les établissements hospitaliers, adoption d'un identifiant unique pour les patients…). De plus, la MISS s'est trouvée sans responsable de décembre 2004 à février 2006. Un nouveau responsable a été nommé à cette date.

La situation de la MISS ne lui permet pas d'assurer dans des conditions satisfaisantes sa mission de coordination des différents projets de systèmes d'information dans le domaine de la santé. En particulier, la MISS n'est pas en situation de renforcer l'interopérabilité de ces systèmes d'information.

Depuis le lancement du projet du dossier médical personnel, une réflexion sur le pilotage des projets des systèmes d'information en santé a été lancée. Mais aucune des mesures envisagées (redéfinition du positionnement de la MISS, création d'un comité de pilotage des systèmes d'information, élaboration du plan stratégique des systèmes d'information de santé), n'a encore été mise en œuvre.

SYNTHÈSE

Les échanges formalisés d'informations relatives à la santé ne se font jusqu'à maintenant que dans un cadre relativement limité (essentiellement pour transmettre des prescriptions et des résultats d'examens), hormis le secteur propre de l'hôpital, où la communauté médicale a accès à toute l'information médicale relative au patient. Le besoin de partage d'informations ne constitue donc pas une incitation suffisante pour le développement de l'interopérabilité.

La décision d'instaurer, pour tous les bénéficiaires de l'assurance maladie, un dossier médical personnel (DMP) modifie profondément la situation. En effet, le développement de l'interopérabilité constitue une condition indispensable pour la mise en place du DMP, dans la mesure où celui-ci devra être alimenté et consulté par tous les systèmes d'information traitant des données médicales individuelles. Les mesures nécessaires doivent donc être mises en oeuvre pour accélérer de façon substantielle le développement de l'interopérabilité des systèmes d'information de santé.

Les travaux de la Cour ont montré que le pilotage des systèmes d'information en santé par le ministère n'était pas satisfaisant et ne permettait pas de coordonner les différents acteurs pour assurer le développement de l'interopérabilité. Les mesures à prendre doivent donc porter sur la mise en place, par le ministère de la santé, d'un pilotage stratégique fort, s'appuyant sur des opérateurs en charge du pilotage opérationnel, en nombre restreint et disposant des moyens suffisants. Les mesures appropriées doivent aussi rapidement être prises pour apporter des solutions concrètes aux questions d'identification, de normes et de standards qui conditionnent aussi l'interopérabilité.

RECOMMANDATIONS

35. Réduire le nombre d'opérateurs des systèmes d'information en santé et renforcer le pilotage stratégique par la tutelle.

36. Apporter sans tarder des solutions opérationnelles aux questions d'identification, de normes et de standard qui conditionnent l'interopérabilité.

Chapitre XI

Les aides publiques aux familles

PRÉSENTATION

Cette étude s'inscrit dans le prolongement des travaux que la Cour a consacrés à différents volets de la politique familiale au cours des dernières années[344] *et se propose d'examiner un ensemble d'aides publiques aux familles sous l'angle du bon usage des deniers publics et de la cohérence de leur utilisation. En effet, la politique familiale, au sens du soutien financier public aux familles, est loin de se réduire aux seules prestations familiales versées directement aux familles par les caisses d'allocations familiales ou assimilées.*

Ceci suppose au préalable d'avoir identifié les aides qui participent de ce soutien aux familles. Dans les limites des compétences de la Cour et des données disponibles, la présente enquête a retenu dans son champ non seulement les prestations familiales, mais aussi les prestations d'action sociale délivrées par la branche famille, les allégements d'impôt sur le revenu consentis aux familles, les prestations sociales dont le barème tient compte de la taille de la famille (aides au logement[345]*, minima sociaux), certaines prestations versées aux familles par l'Etat (bourses scolaires, supplément familial de traitement des fonctionnaires). Les avantages familiaux de retraite seront aussi brièvement abordés.*[346]*.*

Deux problématiques ont ensuite été privilégiées comme axes d'analyse : la compensation du coût de l'enfant d'une part, la conciliation vie familiale/vie professionnelle d'autre part.

La question de la compensation du coût de l'enfant conduit à apprécier les effets des diverses aides publiques aux familles tant en termes de redistribution horizontale que de redistribution verticale. L'équité horizontale, à savoir la compensation (au moins partielle) de la baisse de niveau de vie des familles résultant de la présence des enfants, de sorte que

---

344 . Notamment les prestations pour les familles monoparentales, l'allocation d'éducation spéciale, l'assurance vieillesse des parents au foyer (RALFSS 1998), les prestations familiales sous conditions de ressources, les dépenses fiscales et les politiques sociales (RALFSS 2001), la politique d'aide à la petite enfance (RPA 2003), l'action sociale de la branche famille (RALFSS 2006).

345. Les aides personnelles au logement ont fait l'objet d'une étude spécifique dans le rapport public annuel de la Cour publié en février 2007 (pages 386 et s.).

346. Une approche plus extensive encore, qui n'est pas retenue ici, conduirait à prendre en compte l'ensemble des aides financées par les collectivités territoriales, voire une partie des dépenses publiques dont bénéficient à un titre particulier les familles, telles que les dépenses de santé (hors maternité) ou d'éducation notamment le coût de l'école maternelle, dans la mesure où la scolarisation des enfants à trois ans voire dès deux ans représente un service rendu aux familles qui, dans d'autres pays, doivent faire garder leurs enfants de cet âge.

le niveau de vie des familles ne soit pas (trop) éloigné de celui des ménages de même revenu sans enfant, est un objectif historique et constant de la politique familiale. La redistribution verticale s'est imposée progressivement comme une dimension importante de la politique familiale, sinon comme un objectif à part entière, à partir des années 1970, dès lors que, par souci d'économie (pour concentrer les moyens disponibles sur les familles modestes) et d'équité (pour égaliser les taux d'effort des familles), on a convenu de mettre une partie des prestations familiales sous condition de ressources ou de les moduler en fonction inverse du revenu des familles.

A la faveur de la généralisation de l'activité salariée des femmes, la question de la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale a pris une importance croissante au cours des dernières années, par rapport à celle du soutien au revenu des familles dont la mère n'a pas d'activité professionnelle[347].

Le dernier grand objectif assigné à la politique familiale, à savoir celui d'encourager la natalité pour assurer le renouvellement des générations, apparaît davantage comme un objectif final, dans la mesure où les comportements en termes de fécondité dépendent de multiples facteurs exogènes à la politique familiale. Une compensation jugée satisfaisante du coût de l'enfant et une conciliation plus aisée entre la vie familiale et la vie professionnelle contribuent probablement à encourager la natalité, même s'il serait souhaitable que des études permettent de mieux en préciser l'ampleur.

I - Les contours des aides publiques aux familles

Les prestations familiales versées par la branche famille ne représentent qu'une partie des aides publiques aux familles, qui font intervenir plusieurs décideurs et financeurs et dont le montant total est malaisé à estimer.

347. L'allocation de salaire unique (salariés) et l'allocation de mère au foyer (non-salariés) ont été supprimées en 1977, à l'occasion de la création du complément familial versé sous condition de ressources aux familles de trois enfants et plus.

A – Les aides versées par les caisses d'allocations familiales

Les caisses d'allocations familiales et assimilées (notamment les caisses de la mutualité sociale agricole) versent les prestations familiales, dont la liste figure à l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale, et des prestations extra-légales dites d'action sociale. En 2005, ces prestations ont représenté respectivement 30,5 Md€ et 3,3 Md€, sur un total de dépenses de la branche famille de 52 Md€[348].

En outre, les caisses d'allocations familiales versent pour le compte de tiers (l'Etat ou les départements) des prestations sociales qui ne sont pas réservées aux ménages avec enfants mais dont les conditions d'attribution (plafond de ressources et montant) tiennent compte du nombre de personnes à charge et qui, de ce fait, bénéficient dans des proportions variables aux familles : l'aide personnalisée au logement, le revenu minimum d'insertion et l'allocation adulte handicapé[349].

1 – Les prestations familiales

Les prestations familiales recouvrent des prestations d'entretien et des prestations d'aide à la garde des jeunes enfants. Leur champ et leurs règles d'attribution relèvent de l'Etat.

348. Les dépenses de la branche famille recouvrent en outre l'allocation adulte handicapé (5 Md€), des transferts (10,2 Md€) - dont la contribution au fonds national d'aide au logement pour le financement de l'allocation personnalisée au logement (3,5 Md€) - et des charges de personnel et autres charges de gestion courante.

349. Les logiques juridique, financière et comptable ne se recoupent pas, ce qui introduit une certaine complexité : l'allocation de parent isolé constitue une prestation familiale au sens juridique et comptable du terme, mais elle est remboursée à la branche famille par l'Etat ; l'allocation adulte handicapé est versée comme une prestation familiale mais juridiquement n'en est pas une : elle figure dans les comptes de la branche au titre des prestations légales, mais est remboursée par l'Etat ; l'allocation personnalisée au logement et le RMI sont versés pour compte de tiers par les CAF, et ne figurent pas dans les comptes de la branche : cependant, s'agissant de l'aide personnalisée au logement, la branche famille contribue à son financement par le biais d'un transfert. Cette étude ne s'arrête pas à cette complexité, mais s'attache à décrire de manière cohérente l'ensemble des aides publiques aux familles.

Les prestations familiales en 2005[350]

Prestations attribuées sans condition de ressources (16,3 Md€) :

- les allocations familiales versées à toutes les familles à compter du 2ème enfant (118 € par mois pour deux enfants, 269 € pour trois enfants, 420 € pour quatre enfants ; des majorations de 33€ et 59€ par mois sont allouées respectivement aux enfants de 11 à 16 ans et à ceux de 16 à 18 ans) ;

- le complément de libre choix d'activité[351](allocation parentale d'éducation avant 2004) versé aux parents arrêtant ou réduisant leur activité pour s'occuper de leur enfant de moins de 3 ans (522 € par mois à taux plein);

- l'allocation de soutien familial, destinée aux personnes recueillant un orphelin et aux familles monoparentales (110 € par mois et par enfant, à taux plein) ;

- l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et l'allocation journalière de présence parentale, destinées aux familles ayant un enfant handicapé ou malade.

Prestations attribuées sous condition de ressources ou modulées en fonction du revenu (14,2 Md€) :

- le complément familial versé aux familles de trois enfants et plus (153 € par mois) ;

- l'allocation de naissance[351] (841 €) et l'allocation de base[351] (168 € par mois), versées aux familles ayant un enfant de moins de trois ans ; ces deux prestations formaient avant 2004 l'allocation pour jeune enfant ;

- l'allocation de parent isolé (en moyenne 393 € par mois, 736 € au maximum pour un adulte avec un enfant) ;

- l'allocation de rentrée scolaire (269 € par enfant) ;

- l'allocation de logement familial (en moyenne 221 € par mois pour un enfant à charge, 218 € pour deux enfants, 267 € pour trois enfants) ;

- le complément mode de garde[351] (cf. tableau page 358)[352].

350. Au sens de l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale. Source : CNAF.

351. La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) créée au 1er janvier 2004 recouvre sous un même chapeau le complément de libre choix d'activité et les autres prestations liées au jeune enfant.

352. Le complément mode de garde se substitue progressivement, pour les enfants de moins de six ans nés après le 1er janvier 2004, à l'aide à l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) et à l'aide à la garde d'enfant à domicile (AGED).

2 – Les prestations d'action sociale

La branche famille finance des prestations d'action sociale, analysées par la Cour dans le RALFSS 2006, dont la plupart bénéficie directement aux familles. Ces prestations prennent la forme d'aides financières directes (bons-vacances), d'accompagnement social au bénéfice des familles (travail social, aide ménagère) mais surtout de subventions de fonctionnement et d'investissement aux structures collectives d'accueil telles que les crèches ou les centres de loisirs. Ces prestations se sont élevées à 3,5 Md€[353] en 2005, dont 1,8 Md€ pour l'accueil du jeune enfant et 801 M€ pour les loisirs et le temps libre.

3 – Les prestations sociales comportant une dimension familiale

Ciblées sur les titulaires de bas revenus et tenant compte de la situation familiale, l'aide personnalisée au logement et le RMI[354] se situent à la frontière de la politique familiale et de la politique sociale. Les compter intégralement dans les aides publiques aux familles conduirait assurément à biaiser l'analyse, puisque ces deux prestations bénéficient pour une large part à des ménages sans enfant. Seule une évaluation sur données individuelles des coûts liés à la modulation des barèmes en fonction du nombre d'enfants permettrait d'estimer la dimension familiale incorporée dans ces deux prestations. Par approximation, on retiendra toutefois parmi les aides aux familles la contribution de la branche famille au financement de l'aide personnalisée au logement[355].

On relèvera d'ailleurs que l'allocation de logement familiale et l'allocation de parent isolé, bien que juridiquement rangées au nombre des prestations familiales par l'article L. 511-1, ressortissent davantage,

---

353. Il s'agit du montant total des dépenses d'action sociale des caisses d'allocations familiales, y compris sur ressources propres (source : CNAF, direction des statistiques, de l'évaluation et de la recherche, 2005). Ce montant diffère quelque peu du montant des dépenses consolidées d'action sociale hors opérations de capital cité supra (3,3 Md€), qui sera retenu pour le chiffrage global.

354. On laissera de côté l'allocation adulte handicapé, qui relève davantage de la politique du handicap

355. La clef de financement de l'aide personnalisée au logement entre l'Etat et la sécurité sociale repose sur le principe de l'allocation logement virtuelle : ne revient à la charge de la branche famille que le montant d'allocation qu'aurait perçu la famille si l'allocation personnalisée au logement n'avait pas été créée (cf. l'insertion sur les aides personnelles au logement dans le RPA 2006, p. 385 à 406).

depuis la création du RMI et le « bouclage » des aides au logement[356], à cette catégorie des prestations sociales comportant une dimension familiale qu'à celle des prestations liées à la présence d'enfants : en effet, en l'absence d'enfant, les ménages bénéficiaires de l'allocation de logement familial ou de l'allocation parent isolé percevraient respectivement l'allocation de logement sociale et le RMI.

B – Les autres aides aux familles

Outre les prestations versées par la branche famille, plusieurs autres types d'aides publiques aux familles financées par l'Etat ou les autres branches de la sécurité sociale seront retenus dans les analyses qui suivent.

1 – La prise en compte de la taille de la famille par la fiscalité

Les allègements fiscaux pour charges de famille concernent principalement l'impôt sur le revenu et, à titre secondaire, la taxe d'habitation (sous forme d'abattements et d'exonérations). Pour s'en tenir à l'impôt sur le revenu, deux types de dispositions fiscales peuvent être distingués : les règles de calcul du nombre de parts, dans le cadre du mécanisme du quotient familial d'une part, les exonérations, réductions ou crédits d'impôt en faveur des familles d'autre part.

S'agissant des règles de détermination du nombre de parts fiscales, l'administration fiscale intègre dans la norme fiscale la part du conjoint et la demi-part attribuée à chaque enfant à charge de moins de 18 ans et comptabilise comme dépenses fiscales les avantages résultant de l'octroi de demi parts ou parts supplémentaires. Selon les estimations de la DGI (sur les revenus 2005), le coût total du quotient familial s'élève à 13,1 Md€, dont 8,8 Md€ au titre de la demi-part de droit commun par enfant et 4,3 Md€ au titre des demi-parts dérogatoires[357]. Des controverses existent sur le point de savoir s'il convient de considérer la demi-part fiscale de droit commun attribuée à tout enfant de moins de 18 ans comme une aide aux familles ou simplement comme une mesure de

356. Ce bouclage, achevé en 1993, a consisté à étendre progressivement l'allocation de logement sociale aux personnes ayant des ressources modestes et qui étaient laissées en dehors du champ de l'allocation de logement familial et de l'aide personnalisée au logement.

357. Le coût du quotient conjugal est, quant à lui, estimé à 23,9 Md€.

justice fiscale ayant pour objet d'adapter la charge fiscale aux capacités contributives des ménages en tenant compte de leur taille[358].

En outre, les principales dépenses fiscales en faveur des familles peuvent être estimées entre 3,21 Md€ et 3,45 Md€, sur la base des estimations du ministère des finances sur les revenus 2005 [359] : exonération des prestations familiales (1 750 M€) et des majorations de pension accordés aux assurés ayant élevé au moins trois enfants (550 M€) ; réduction d'impôt (crédit d'impôt depuis le 1er janvier 2005) pour frais de garde des enfants âgés de moins de six ans (330 M€), réduction d'impôt pour frais de scolarité (380 M€) ; majoration pour enfants de la prime pour l'emploi (220 M€) ; réduction d'impôt liée à l'emploi d'une employée à domicile pour la garde des enfants (entre 80 et 220 M€[360]).

2 – Les avantages familiaux de retraite

Les régimes de retraite accordent divers avantages aux assurés ayant eu des enfants, communément appelés avantages familiaux de retraite : majorations de pension accordées aux assurés ayant élevé au moins trois enfants, majorations de durée d'assurance -annuités supplémentaires- accordées aux femmes pour chaque enfant, assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), possibilité pour les parents de trois enfants de liquider leur retraite après 15 ans de carrière dans les fonctions publiques et certains régimes spéciaux.

Le coût des avantages familiaux de retraite est difficile à estimer. Celui des majorations de durée d'assurance est pris en charge par les régimes de retraite et mutualisé en leur sein et celui des majorations de pension n'est retracé dans les comptes du fonds de solidarité vieillesse que pour le régime général et les régimes alignés (3,5 Md€ en 2005). L'avantage procuré aux bénéficiaires de l'assurance vieillesse des parents au foyer n'est pas aisé à évaluer, car il dépend de leur carrière professionnelle ; seul le montant des cotisations prises en charge par la

358 . Une approche intermédiaire retient comme aide aux familles l'allègement d'impôt qui excède le coût économique de l'enfant estimé par l'échelle d'équivalence de l'INSEE : cette était chiffrée à 4,6 Md€ en 2003 (cf. Les aides publiques en direction des familles, Albouy et Roth, 2003).

359. Les allègements fiscaux qui bénéficient aux familles de manière indirecte (par exemple l'exonération du salaire des apprentis ou le régime d'imposition spécial des assistantes maternelles) ne seront pas pris en compte ici.

360. Seule une fraction difficile à estimer des dépenses engagées pour l'emploi d'un salarié à domicile et ouvrant droit à réduction d'impôt correspond à une garde d'enfant(s).

branche famille au titre de l'AVPF et versées au régime général de la branche vieillesse est connu (4 Md€ en 2005[361]). Au total, le conseil d'orientation des retraites évaluait en 2002 l'ensemble de ces avantages à quelque 11,5 Md€, hors cotisations d'AVPF.

3 – Les autres aides publiques directes

Deux autres aides publiques sont versées directement aux familles : le supplément familial de traitement versé aux fonctionnaires, dont le montant est croissant selon le nombre d'enfants et le niveau de traitement, dans la limite d'un plafond ; les bourses d'enseignement secondaire et supérieur attribuées aux familles, sous condition de ressources, par le ministère de l'éducation nationale.

C – L'effort financier global en faveur des familles

Le compte de la protection sociale, compte satellite des comptes nationaux, offre une approche plus économique des aides aux familles que les comptes de la branche famille. Les dépenses retracées dans le risque famille du compte de la protection sociale s'élevaient en 2005 à 39,5 Md€. Mais le périmètre retenu est apparu à la fois trop large et trop étroit par rapport à la présente étude. D'un côté, il inclut les dépenses des régimes d'employeurs, qui débordent le champ des aides publiques aux familles. De l'autre, il exclut non seulement les aides liées à la fiscalité mais aussi toutes les prestations sociales qui se trouvent à l'intersection d'autres risques, telles que les aides au logement (y compris l'allocation de logement familial), les minima sociaux (sauf l'allocation de parent isolé) ou les avantages familiaux de retraite[362].

Compte tenu de ces difficultés méthodologiques et de l'absence d'un agrégat statistique adéquat, les aides publiques en faveur des familles, telles que circonscrites dans cette étude, ne peuvent qu'être estimées : cette estimation s'étage entre 69 Md€ et 78 Md€, selon que

361. Sur ce chiffre, cf. rapport de certification des comptes 2006 du régime général de sécurité sociale publié en juin 2007, pp. 86 à 89.

362. En dépit de ces limites, les dépenses retracées dans le risque famille du compte de la protection sociale, auxquelles sont ajoutées les dépenses du risque maternité, soit 45,4 Md€ au total en 2005, constituent l'agrégat statistique retenu dans les comparaisons internationales, notamment par Eurostat, pour évaluer les dépenses sociales en faveur des familles. Sur la base de cet agrégat, la France se situait en 2003, avec 2,6 % du PIB consacré aux dépenses sociales en faveur des familles, dans une position moyenne en Europe, au 7ème rang derrière les pays d'Europe du nord (Danemark, Finlande, Suède), les pays germaniques (Autriche et Allemagne) et le Luxembourg.

l'on intègre ou non le manque à gagner fiscal résultant de la demi-part de droit commun attribuée pour chaque enfant de moins de 18 ans.

Aides publiques en faveur des familles

- prestations familiales au sens de l'article L. 511-1 : 30,5 Md€ ;
- prestations d'action sociale de la branche famille : 3,3 Md€ ;
- contribution de la branche famille au financement de l'aide personnalisée au logement : 3,5 Md€ ;
- prestations d'assurance maladie liées à la maternité : 5,3 Md€[363] ;
- allègements d'impôt liés au calcul du nombre de parts fiscales : 4,3 Md€ à 13,1 Md€ ;
- dépenses fiscales en faveur des familles : 3,2 Md€ à 3,4 Md€ ;
- bourses d'enseignement secondaire et supérieur : 1,9 Md€[364] ;
- avantages familiaux de retraite : 11,5 Md€ ;
- cotisations prises en charge par la branche famille au titre de l'AVPF : 4 Md€ ;
- supplément familial de traitement: 1,3 Md€[365].

II - L'évolution des prestations versées par la branche famille

A – Un redéploiement en faveur des prestations ciblées

L'indexation des prestations familiales sur les prix a facilité un redéploiement marqué de la politique familiale des prestations d'entretien général vers des prestations plus ciblées.

1 – Une indexation sur les prix

La plupart des prestations familiales sont définies en pourcentage de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF). Leur évolution dépend donc principalement du nombre des allocataires (et de la taille

363 . Source : risque maternité du compte de la protection sociale 2005 (hors allocation de naissance, déjà prise en compte dans les prestations familiales).
364. Source : LFI 2005.
365. Tous agents publics hors grandes entreprises nationales. Source : compte de la protection sociale 2005, DREES.

moyenne des familles) et des conditions de revalorisation de cette base[366].

Après avoir augmenté respectivement de 20 % et de 4,8 % au cours des décennies 60 et 70, la base mensuelle des allocations familiales a globalement suivi l'évolution des prix depuis le début des années 1980 et s'est stabilisée en termes réels[367]. L'indexation de la BMAF est même de droit depuis 1994, la loi disposant que la BMAF doit évoluer conformément à l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation hors tabac, avec une régularisation lorsque les résultats de l'évolution des prix sont connus. Par comparaison, le salaire net moyen et le SMIC net se sont accrus respectivement de 17% et de 34% en termes réels au cours de la même période (1980-2004). Cette divergence s'est traduite par une perte de valeur relative des prestations familiales par rapport aux revenus d'activité, et par une attrition du poids des prestations familiales dans le revenu disponible des ménages.

La stricte indexation de la BMAF sur les prix (sans « coups de pouce ») peut faire l'objet de deux appréciations opposées. Selon la première, l'enrichissement progressif des familles permet légitimement de réduire le montant (en termes réels) des aides destinées à couvrir leurs besoins. Selon la seconde, la revalorisation du montant des prestations devrait tenir compte du fait que le coût de l'enfant élevé dans des conditions sociales standard croît avec le niveau de vie moyen : l'indexation sur les prix, si elle maintient le pouvoir d'achat des prestations, apparaît comme une sous-indexation par rapport à l'évolution du coût de l'enfant.

De leur côté, les recettes de la branche sont majoritairement assises sur la masse salariale, à travers les cotisations et la CSG sur les revenus salariaux. L'écart tendanciel de taux de croissance entre les recettes de la branche et les prestations familiales tend donc à dégager, à législation constante, des marges financières.

2 – La montée en charge des prestations ciblées

Au sein des prestations familiales, le poids relatif des prestations générales d'entretien, à savoir les allocations familiales et le complément familial, s'est progressivement effrité : la taille moyenne des familles a reculé et le barème des allocations - en pourcentage de la BMAF- n'a pas

366. Les prestations d'aide à la garde comportent aussi une prise en charge des cotisations sociales des particuliers employeurs, dont le montant évolue comme le SMIC.
367. En euros constants 2005, la BMAF était de 361,37 € en 2005 contre 360,56 € en 1980.

été revalorisé depuis 1985. Le recul de l'âge limite de versement des allocations (de 17 à 20 ans pour les allocations familiales et 21 ans pour le complément familial) n'a fait que freiner cette évolution.

Dans le même temps le poids des prestations ciblées s'est accru, qu'il s'agisse des prestations spécifiques en faveur du jeune enfant (prestation d'entretien du jeune enfant, aides à la garde, aide au retrait d'activité) ou, secondairement, de l'allocation de rentrée scolaire, de l'allocation d'éducation spéciale destinée à l'entretien de l'enfant handicapé ou de l'allocation de soutien familial destinée aux familles monoparentales.

Evolution de poids relatif des prestations familiales

En M€

	Montant 1990		Montant 2005	
Entretien général	11 137	66,4%	13 547	50,1%
Scolarité	309	1,8%	1 381	5,1%
Monoparentalité	1215	7,2%	2 043	7,6%
Handicap, invalidité	197	1,2%	560	2,1%
Naissance, jeune enfant	3 909	23,3%	9 494	35,1%
Prestations familiales (hors allocation de logement familial)	16 767	100,0%	27 025	100,0%

Source : CNAF, calculs Cour des comptes

A l'exception de l'allongement de l'âge limite de perception des allocations familiales, les principales modifications de la législation depuis 1990 ont concerné ces prestations ciblées : création de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée en 1991, majoration de l'allocation de rentrée scolaire en 1993, extension de l'allocation parentale d'éducation au 2ème enfant en 1994, versement dès le premier enfant de l'allocation de rentrée scolaire en 1999, réforme de l'allocation d'éducation spéciale en 2002, création de la prestation d'accueil du jeune enfant en 2004.

Le public cible de la politique familiale s'est déplacé des familles nombreuses vers le jeune enfant, quel que soit son rang. Le constat se renforce si l'on tient compte des prestations d'action sociale, qui financent majoritairement des structures collectives d'accueil des jeunes enfants.

Si l'on ne considère que les prestations familiales d'entretien et de garde des enfants, en exceptant l'allocation de logement familial, il apparaît que la politique familiale n'a pas été fortement infléchie, ces dernières années, en faveur des familles à bas revenus : le poids des prestations fortement ciblées (allocation de rentrée scolaire, allocation de parent isolé) s'est certes accru, mais moins que celui des prestations pour jeune enfant, qui sont peu sélectives du fait d'un plafond de ressources très élevé (cf. infra).

Ce constat ne vaut plus, en revanche, si l'on élargit le champ de l'analyse à l'ensemble des prestations sociales bénéficiant aux familles, en prenant en compte non seulement les aides au logement perçues par les familles (allocation de logement familiale et aide personnalisée au logement) mais aussi une partie des montants versés au titre du RMI[368].

B – La régulation des dépenses de la branche famille

1 – La nécessité d'un pilotage budgétaire pluriannuel

Si, à législation constante, l'indexation des prestations familiales sur les prix tend à dégager des marges financières, les comptes de la branche famille ont connu une dégradation depuis 2004 qui s'explique essentiellement par la montée en charge des mesures nouvelles liées à la réforme de la PAJE (prestation d'accueil du jeune enfant) et par une croissance soutenue des dépenses d'action sociale.

S'agissant des prestations légales, la réforme de la PAJE a été mise en place au 1er janvier 2004 alors même que la croissance des recettes de la branche se ralentissait et son coût a été considérablement sous-évalué : le surcoût de la PAJE par rapport au dispositif préexistant des aides au jeune enfant avait été estimé en 2003 par le Gouvernement à 850 M€ courants annuels en 2007[369]. Le surcoût effectif s'est élevé à 890 M€ courants dès 2005, à 1 430 M€ en 2006 et devrait atteindre 1 980 M€ courants en 2007, soit plus de deux fois le montant de l'estimation initiale. Une telle défaillance dans la prévision va au-delà de l'incertitude statistique et mérite d'être expliquée. Les dernières estimations de la CNAF évaluent le surcoût annuel de la PAJE en 2010, à l'issue de la

368. Sachant que 39 % des allocataires du RMI sont des ménages avec enfant(s).

369. La montée en charge de la PAJE s'étale sur 6 ans de 2004 à 2010. Néanmoins, l'essentiel de cette montée en charge est concentrée sur la période 2004-2007, dans la mesure où les aides recouvertes par la PAJE concernent surtout les familles ayant des enfants de moins de 3 ans et, secondairement les familles ayant des enfants de 3 à 6 ans.

montée en charge, à 2 350 M€ courants et 1 980 M€ en euros constants 2003[370].

S'agissant des prestations extralégales, le dépassement constaté sur le budget du fonds national d'action sociale (FNAS) en 2005[371] trouve son origine dans les lacunes de pilotage et de régulation de l'action sociale des CAF, analysées par la Cour l'an dernier et qui ont donné lieu à des mesures de redressement qui ne produiront pas leur plein effet avant 2008.

2 – Des arbitrages à expliciter

D'après les prévisions quadriennales figurant dans le PLFSS 2007, la branche famille, après quatre années déficitaires (2004-2007), reviendrait à l'équilibre en 2008 grâce à l'évolution spontanée des recettes et à la fin de la montée en charge de la PAJE. Elle dégagerait ainsi à l'horizon 2010 un excédent de 2 Md€ à 3 Md€.

Dans ce contexte, les arbitrages relatifs à l'évolution des dépenses de la branche famille mériteraient d'être explicités. Ces arbitrages ne portent pas seulement sur l'évolution relative des différentes prestations de la branche, à marges financières données, mais aussi, en amont, sur l'affectation des marges financières dégagées par la branche : les prestations familiales de la branche famille ont-elles vocation à croître au même rythme, sur moyenne période, que la masse salariale ou est-il légitime que la branche famille assume la charge de dépenses nouvelles, dont certaines peuvent être considérées comme relevant de la politique familiale dans un sens plus large ? Ainsi, au début des années 2000, après que la branche eût rétabli l'équilibre de ses comptes en 1999, les marges financières dégagées ont été affectées au transfert progressif à la branche famille de la charge des majorations de pension pour enfants supportées depuis 1993 par le fonds de solidarité vieillesse. Ce transfert n'a pas été mené à son terme du fait de la création de la PAJE en 2004 et a été gelé au niveau atteint en 2003, à savoir 60 %.

En vertu de l'ordonnance du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, des objectifs pluriannuels de dépenses et de solde sont désormais fixés dans le PLFSS. Ce texte devient ainsi,

370 . L'évaluation en euros constants 2003 neutralise l'effet des revalorisations annuelles du barème de la BMAF et du SMIC qui seraient également intervenues dans l'ancien dispositif des aides au jeune enfant : le surcoût de la PAJE est ainsi évalué toutes choses égales par ailleurs.

371. Le résultat d'exécution du FNAS en 2005 a fait apparaître un dépassement de 240 M€ par rapport au budget initial de 3 181 M€.

pour l'Etat, l'instrument du pilotage budgétaire pluriannuel de la branche. Or, la conférence nationale de la famille, rencontre annuelle de nature politique entre le Gouvernement et les mouvements familiaux[372], sert souvent de cadre à l'annonce de mesures nouvelles.

La souhaitable clarification des choix financiers semble plaider pour la création d'une instance de prospective, de réflexion et de chiffrage, sur le modèle du conseil d'orientation pour les retraites, instance qui pourrait se substituer à la conférence annuelle de la famille et au haut conseil à la population et à la famille[373].

III - La compensation du coût de l'enfant

La compensation (partielle) du coût de l'enfant est l'un des objectifs historiques de la politique familiale : le principe qui le sous-tend est qu'il est légitime que le coût financier que représentent l'entretien et l'éducation des enfants soit partagé entre les familles elles-mêmes et la solidarité nationale, dans la mesure où les enfants représentent l'avenir de la société. De façon usuelle, le coût de l'enfant est défini comme le revenu supplémentaire dont doit disposer une famille avec enfant pour maintenir son niveau de vie inchangé[374]. Le coût de l'enfant ainsi défini est un coût relatif, supposé proportionnel au revenu de ses parents. A partir de cette définition, trois conceptions de la juste compensation, par la solidarité nationale, du coût de l'enfant en fonction du revenu du ménage sont possibles :

- celle d'une compensation partielle de ce coût relatif de l'enfant par des aides croissantes en fonction du revenu du ménage ;
- celle d'une compensation égale pour tous les enfants, sous forme d'aides indépendantes du revenu ;

372. Cette conférence annuelle est prévue par l'article R 112-1 du code de l'action sociale et des familles.

373. Cet organisme consultatif a été créé par le décret n° 85-1125 du 23 octobre 1985. Ses travaux, sporadiques ces dernières années, portent essentiellement sur les problèmes démographiques et sociaux liés à la famille.

374. Le niveau de vie est exprimé en équivalents -adultes ou unités de consommation- grâce à une échelle dite d'équivalence qui permet de prendre en compte les économies d'échelle réalisées du fait de la mutualisation de certaines dépenses. L'échelle utilisée actuellement par l'INSEE compte le premier adulte du ménage pour une unité de consommation, chaque adulte supplémentaire ou enfant de plus de 14 ans pour 0,5 et chaque enfant de moins de 14 ans pour 0,3.

- celle d'une compensation décroissante en fonction du revenu, pour égaliser les taux d'effort, sous forme d'aides attribuées sous condition de ressources ou modulées en fonction inverse du revenu.

L'examen des différentes aides concourant à la compensation du coût de l'enfant montre que la politique familiale française emprunte à ces différentes logiques.

Par ailleurs, le système français se caractérise structurellement par un niveau de compensation du coût de l'enfant croissant avec la taille de la famille : les allocations familiales ne sont versées qu'à compter du 2ème enfant et sont majorées à compter du 3ème enfant, un complément familial est versé sous condition de ressources aux familles d'au moins 3 enfants, une demi-part supplémentaire de quotient familial est attribuée à compter du 3ème enfant).

A – Les effets redistributifs des aides aux familles

1 – La superposition des logiques de compensation

a) Les aides croissantes en fonction du revenu

Le quotient familial

Le mécanisme fiscal du quotient familial repose sur le principe que le coût de l'enfant, supposé proportionnel au revenu du foyer, obère la capacité contributive de ce foyer et qu'une manière de compenser ce coût est d'adapter la charge fiscale à la taille de la famille. Chaque membre du foyer est censé recevoir une fraction du revenu familial (correspondant à la part ou à la demi-part fiscale qui lui est dévolue) et acquitter l'impôt sur cette fraction. Compte tenu de la progressivité du barème, ce mécanisme garantit qu'un ménage avec enfant(s) et un ménage sans enfant ayant le même niveau de vie avant impôt (mesuré en rapportant le revenu global du ménage au nombre de parts fiscales) supporteront le même niveau d'imposition et conserveront donc le même niveau de vie après impôt. Le quotient familial vise ainsi à assurer l'équité fiscale au regard des charges de famille.

L'hypothèse selon laquelle le coût de l'enfant est proportionnel au revenu du foyer quel que soit le niveau de revenu est sujette à contestation. Cette hypothèse semble robuste pour la majorité des ménages, dont les modes de vie sont standards, mais peu réaliste, en revanche, aux extrémités de la distribution des revenus. Le plafonnement de l'économie d'impôt procurée, par demi-part, par le mécanisme du

quotient familial répond de fait à cette critique. Le niveau pertinent de ce plafonnement reste toutefois une question ouverte.

Le choix français a été celui de la neutralité fiscale à l'égard de la taille des familles. On peut relever que le système du quotient familial instauré en 1948 constitue une spécificité française : les autres pays occidentaux accordent généralement aux familles, pour compenser les charges dues aux enfants, des abattements sur le revenu imposable ou des réductions d'impôt ou des crédits d'impôt qui s'imputent directement sur l'impôt à payer.

Les autres aides

Certaines prestations directes aux familles s'inspirent de la logique de compensation partielle du coût de l'enfant. Le supplément familial versé aux agents publics, conçu à l'origine comme un sursalaire familial, croît ainsi en fonction du montant du traitement, dans les limites d'un plafond. La majoration de pension attribuée aux assurés ayant eu trois enfants ou plus s'inscrit également dans cette logique, puisqu'elle est proportionnelle au montant de la pension.

b) Les aides indépendantes du revenu

Les prestations familiales de montant forfaitaire et versées sans condition de ressources, à savoir principalement les allocations familiales, l'allocation parentale d'éducation (remplacée par le complément de libre choix d'activité pour les enfants nés après le 1er janvier 2004), les allocations de soutien familial et d'éducation spéciale relèvent d'une logique de compensation normée du coût de l'enfant, indépendante du niveau de revenu de ses parents. On peut assimiler à cette logique les réductions d'impôt en faveur des familles qui s'imputent sur l'impôt à payer (ou, mieux, les crédits d'impôt, les réductions d'impôt ne bénéficiant par construction qu'aux ménages imposables). L'ensemble de ces aides assure une compensation d'autant plus élevée du coût de l'enfant que le niveau de revenu est bas : en ceci, elles contribuent à opérer une certaine redistribution verticale. En outre, ces aides peuvent, de fait, bénéficier davantage aux familles modestes : il en va ainsi des allocations familiales, dans la mesure où les familles nombreuses ont un niveau de vie inférieur, en moyenne, à celui des familles d'un ou deux enfants, mais aussi de l'allocation parentale d'éducation, dont les allocataires sont majoritairement situés dans le bas de la distribution des revenus.

c) Les aides décroissantes en fonction du revenu

Les prestations dont le montant est décroissant en fonction du revenu assurent, de manière beaucoup plus marquée que les aides forfaitaires précitées, une compensation du coût de l'enfant d'autant plus élevée que le niveau de revenu est bas. Ces aides sont plus ou moins sélectives et plus ou moins favorables aux familles nombreuses. Les prestations familiales stricto sensu sous condition de ressources sont assez peu sélectives du point de vue des plafonds[375] : elles excluent les familles aisées plutôt qu'elles ne sont ciblées sur les plus modestes. Les plafonds de ressources sont indexés depuis 1997[376] sur les prix, ce qui se traduit par un effritement du nombre de bénéficiaires du fait de l'élévation générale du niveau de vie. Les aides à la garde n'excluent aucune famille mais leur montant (forfaitaire) décroît par palier selon trois tranches de revenus.

Les aides au logement, dont le montant décroît rapidement en fonction du revenu (le nombre d'enfants jouant à la fois sur le montant de l'aide et sur le niveau de revenu où l'aide s'annule) ainsi que, par hypothèse, les minima sociaux, sont en revanche des aides très ciblées sur les familles à bas revenus.

2 – Une compensation relativement équitable

Les aides aux familles assurent une compensation raisonnable du coût de l'enfant, au sens où elles permettent d'atténuer significativement la perte de niveau de vie engendrée par la présence d'enfants. Cette compensation est en outre relativement équitable, dans la mesure où elle est plus marquée pour les familles à bas revenus. Elle présente cependant quelques insuffisances.

a) La compensation du coût de l'enfant selon le niveau de revenu

Le fait d'avoir des enfants se traduit toujours par une baisse de niveau de vie et les familles ont en moyenne un niveau de vie plus faible que les ménages sans enfant. Le système des transferts (impôt sur le

375. Les plafonds de ressources du complément familial, de l'allocation pour jeune enfant et de l'allocation de base de la PAJE sont relevés en cas de couple biactif et majorés pour chaque enfant à charge. Le plafond de ressources de l'allocation de rentrée scolaire n'est en revanche pas majoré en cas de double activité.

376. Avant 1997, les plafonds du complément familial et de l'allocation pour jeune enfant étaient révisés en fonction de l'évolution de la masse salariale, le plafond de l'allocation de rentrée scolaire était indexé sur le SMIC.

revenu et prime pour l'emploi, aides au logement, prestations familiales) compense largement ce coût dans le cas des familles les plus modestes, puisque le niveau de vie de ces familles est proche de celui des couples sans enfant. Ce résultat est obtenu par la conjonction des allocations familiales et des prestations sous condition de ressources. Le coût de l'enfant est même légèrement surcompensé pour ces familles, lorsqu'il a moins de trois ans. A mesure que l'on grimpe dans l'échelle des revenus, le degré de compensation diminue, mais le système d'aides associant les allocations familiales universelles progressives en fonction du nombre d'enfants et le quotient familial, même plafonné, permet de limiter significativement la baisse du niveau de vie des familles, notamment celles de trois enfants et plus.

b) La compensation du coût du premier, voire du 2ème enfant

La politique familiale française reste marquée par l'inspiration nataliste originelle et par le traitement préférentiel réservé au 3ème enfant depuis la fin des années 1970. Le coût du premier, à un degré moindre celui du 2ème enfant, est peu compensé, sauf lorsque l'enfant a moins de trois ans, alors même que les familles d'un ou deux enfants sont devenues les plus fréquentes.

Pour les familles d'un ou deux enfants allocataires du RMI, le barème du RMI respecte globalement l'échelle d'équivalence de l'INSEE, ce qui leur permet de bénéficier d'un niveau de vie équivalent à celui des ménages sans enfant. A l'inverse, les familles d'un ou deux enfants dont le revenu initial se situe entre 1 SMIC et 1,5 SMIC subissent une perte de niveau de vie sensible par rapport aux ménages sans enfant de même niveau de revenu, compte tenu de la forte dégressivité des aides au logement et de la faible majoration pour enfant de la prime pour l'emploi (34 €). Du strict point de vue de la juste compensation du coût de l'enfant, cette situation pourrait justifier une aide ciblée sur les familles modestes d'un ou deux enfants.

c) La compensation du coût croissant de l'enfant avec l'âge

Une deuxième insuffisance du système tient au fait que la croissance du coût de l'enfant à mesure qu'il avance en âge, réalité pourtant bien étayée par les constatations empiriques, est peu prise en compte par les prestations familiales. Deux questions méritent toutefois d'être distinguées : la compensation du coût de l'adolescent et celle du coût du jeune adulte.

La faible modulation des aides aux familles en fonction de l'âge des enfants entre 6 et 18 ans (s'agissant des prestations, seules les

allocations familiales sont majorées à 11 et 16 ans, de 9 % et 16 % respectivement ; la réduction d'impôt pour frais de scolarité est modulée en fonction du niveau de scolarité) a un impact important sur le niveau de vie des familles qui comptent en leur sein des adolescents. Les études de l'INSEE et de la CNAF relatives à la pauvreté chez les enfants font apparaître que le taux de pauvreté, après transferts, des 15-17 ans est plus élevé que celui des enfants de moins de 3 ans et des enfants de 3-14 ans (12 % contre respectivement 5 % et 7 % à 9 %), alors que le taux de pauvreté mesuré à partir du revenu avant transferts est relativement homogène selon les tranches d'âge (de 22,5 % à 24,5 %).

L'insuffisante compensation du coût de l'adolescent peut être mise en balance avec la compensation relativement généreuse du coût du jeune enfant. Indépendamment des frais de garde, le coût d'entretien du jeune enfant est en effet couvert par une prestation spécifique, l'allocation pour jeune enfant, renommée allocation de base de la PAJE depuis 2004. Cette allocation bénéficie aujourd'hui à 90 % des parents d'un enfant de moins de trois ans. Le plafond de ressources a été relevé de 37 % en 2004. La modulation de ce plafond en fonction de la configuration familiale est en outre plus favorable que celui qui résulterait de l'application de l'échelle d'équivalence de l'INSEE. Cette prestation se cumule, à compter du 2ème enfant, avec les allocations familiales.

Des aménagements à la marge du système des prestations pourraient améliorer utilement la compensation du coût des adolescents. Le montant de l'allocation de rentrée scolaire pourrait être réduit pour les élèves de 6 à 10 ans et accru pour les enfants de 16 à 18 ans, quitte à être en outre modulé en fonction du type de filière. Les majorations pour âge des allocations familiales pourraient être fusionnées et fixées à 14 ans (cet âge présenterait l'avantage de correspondre à l'âge adulte retenu par les échelles d'équivalence) ou à 16 ans. Un aménagement plus substantiel du système consisterait à relever le montant de cette majoration pour âge. Cette revalorisation pourrait être attribuée sous condition de ressources, dans un souci non seulement d'économie mais aussi de justice : en effet, il paraît équitable de réserver cette aide aux familles qui ne bénéficient pas d'une augmentation normale de leurs revenus au cours du cycle de vie (effet de carrière) leur permettant d'assumer le coût croissant de leurs enfants plus âgés.

La question de la compensation du coût du jeune adulte est plus complexe. La prise en charge des jeunes adultes par les prestations familiales a été reculée jusqu'à 20 ans pour les allocations familiales et 21 ans pour le complément familial et les aides au logement. Un forfait de 70 € a aussi été institué pour pallier le fait que lorsque l'aîné d'une famille de deux enfants atteint 20 ans, la famille ne reçoit plus

d'allocations au titre du cadet. Dans un souci d'harmonisation, le relèvement à 21 ans de la limite d'âge des allocations familiales pourrait être envisagé. Toutefois, une telle mesure ne pourrait raisonnablement être prise qu'à l'issue d'une réflexion plus globale sur l'autonomie des jeunes adultes faisant masse de l'ensemble des aides publiques en leur faveur, notamment les aides publiques à la vie étudiante qui déborde le cadre de cette étude.

3 – Une réduction des inégalités de niveau de vie et de la pauvreté

Les aides aux familles ont non seulement pour effet de réduire l'écart de niveau de vie entre les familles et les ménages sans enfant ayant le même niveau de revenu initial (redistribution horizontale), mais aussi de réduire les inégalités de niveau de vie entre les ménages (redistribution verticale) et d'améliorer le niveau de vie des familles à bas revenus (réduction de la pauvreté).

Selon les études macroéconomiques tendant à mesurer la contribution relative des différents transferts (sociaux et fiscaux) à la réduction des inégalités de niveau de vie[377], la dimension familiale des prestations sociales contribuerait à hauteur de 32 % à la réduction de ces inégalités. Les seules prestations familiales y contribueraient à hauteur de plus de 25 %, contre 19,4 % pour les aides au logement et 18,4 % pour les minima sociaux.

Les transferts aux familles permettent aussi de réduire sensiblement le taux de pauvreté monétaire des familles, comme le montre le tableau ci-après :

377. Cf. les études sur les effets redistributifs des aides aux familles menées par la DREES ou la DGTPE, par exemple Etudes et résultats n° 408, DREES, juin 2005. Ces études ne prennent en compte que les prestations monétaires directes et les aides fiscales, à l'exclusion des aides qui ne peuvent être modélisées (action sociale, avantages familiaux de retraite, prestations en nature). D'autre part, elles retiennent comme hypothèse que le coût de l'enfant est proportionnel au revenu des parents.

Incidence des transferts sociaux sur la pauvreté des familles

En %

Taux de pauvreté[378]	Avant transferts	Après transferts
Couple 1 enfant	5	4,6
Couple 2 enfants	6,5	5,4
Couple 3 enfants	14,7	6,1
Couple 4 enfants et plus	44,5	17,5
Familles monoparentales	33	15,4

Source : Calculs DREES, d'après données INSEE 2003

Après transferts, le taux de pauvreté demeure cependant élevé parmi les familles très nombreuses (quatre enfants et plus) et les familles monoparentales. Bien qu'il compense significativement le coût des enfants, le système ne réussit pas à prémunir de la pauvreté les familles nombreuses qui ne disposent, avant redistribution, que d'un faible revenu initial, notamment parce qu'un seul des deux conjoints est actif [379]. Le niveau de vie relatif des familles très nombreuses est particulièrement affecté par l'indexation du barème des allocations familiales sur les prix, ainsi que par la montée du poids relatif de la CSG, impôt individuel et non familial, par rapport à l'impôt sur le revenu. Les familles monoparentales, en majorité de faible taille (57 % des familles monoparentales ne sont composées que d'un enfant, 29 % de deux enfants), pâtissent en outre du fait que le système des prestations familiales ne compense guère le coût du premier et du 2ème enfant (cf. supra).

B – Certaines dépenses pourraient être réexaminées

Le réexamen au regard des critères d'efficience ou d'équité de certaines aides compensant le coût de l'enfant pourrait permettre de dégager des économies ou d'opérer des redéploiements, dans une perspective de maîtrise des dépenses publiques.

378. Le taux de pauvreté est défini comme le pourcentage des ménages dont le niveau de vie est inférieur à 50% du niveau de vie médian.

379. Le taux d'activité des femmes est encore de 56 % pour les femmes ayant trois enfants, il tombe à 39 % puis 25 % pour les femmes ayant respectivement quatre et cinq enfants.

1 – .Les allocations familiales

Il pourrait sembler expédient de mettre les allocations familiales sous condition de ressources ou de les faire évoluer dans le sens d'une plus grande modulation en fonction du revenu, que ce soit pour desserrer la contrainte budgétaire de la branche famille et/ou pour tenir davantage compte de la diversité des niveaux de vie des familles, à nombre d'enfants donné, ce que ne permet pas aujourd'hui le caractère uniforme des allocations familiales. De fait, les allocations familiales versées pour deux enfants et trois enfants ne pèsent plus que d'un faible poids dans le revenu des familles aisées : elles ne représentent par exemple respectivement que 2 % et 4,4 % du revenu après impôt d'une famille ayant un revenu initial de l'ordre de 6 SMIC. En comparaison, pour un revenu de l'ordre du SMIC, les allocations familiales pour deux et trois enfants représentent respectivement 11 % et 24,8 % du revenu après impôt.

Les allocations familiales ont déjà été brièvement mises sous condition de ressources en 1997-1998. Compte tenu des plafonds alors retenus (3 811 € -25 000 F- nets mensuels, majorés de 1 067 € -7 000 F- en cas de double activité du ménage et de 762 € -5 000 F- par enfant à charge à partir du 3ème), cette mesure a eu pour effet d'exclure quelque 310 000 familles du bénéfice des allocations. Elle a permis d'économiser environ 600 M€. Mais cette réforme a été rapportée dès 1999, en raison des oppositions suscitées et remplacée par un abaissement d'un tiers de l'économie maximale d'impôt procurée par demi-part de quotient familial. Elle rompait en effet avec le principe d'universalité des allocations familiales, qui n'avait jamais été mis en cause depuis 1945, en dépit des fortes évolutions ayant marqué par ailleurs le système des prestations familiales. Cette question de principe reste ouverte même si elle relève à l'évidence d'un choix fondamental que la Cour peut simplement rappeler.

Une certaine modulation des allocations familiales en fonction du revenu constituerait une évolution moins radicale. Une telle réforme se heurte toutefois à de fortes objections. Des considérations symboliques et politiques fortes s'attachent à ce qu'une compensation du coût soit égale pour tous les enfants, de quelque famille qu'ils soient issus. En outre, une fois le principe d'une modulation des allocations familiales admis, les paramètres mêmes d'une telle modulation (tranches de revenus, montants) risqueraient d'être modifiés régulièrement, au gré des contraintes budgétaires et des autres priorités politiques. Enfin, s'il s'agit d'accroître, grâce aux économies ainsi réalisées, les aides aux familles modestes, il est permis de douter qu'un tel effort au demeurant légitime

doive être financé par les seules familles aisées, et non par tous les contribuables aisés, y compris ceux qui n'ont pas d'enfant.

Une alternative pourrait être de fiscaliser ces allocations. L'exonération de l'impôt sur le revenu de l'ensemble des prestations familiales, y compris celles qui sont attribuées sans condition de ressources, fait en effet question sur le plan des principes, dans la mesure où l'impôt sur le revenu a vocation à faire masse de tous les revenus du ménage, y compris les revenus de transfert. Un des principaux obstacles à la fiscalisation des prestations familiales (ou de certaines d'entre elles) reste qu'elle rendrait imposables un grand nombre de familles qui ne le sont pas aujourd'hui et qui bénéficient à ce titre de divers avantages connexes.

2 – Les aides ne relevant pas de la branche famille

a) Les dispositions relatives au calcul du nombre de parts fiscales

Le mécanisme du quotient familial n'assure l'équité fiscale que pour autant que les parts fiscales correspondent aux unités de consommation. Au-delà, les parts fiscales supplémentaires attribuées sont bien constitutives d'une aide aux familles, qui demande à être justifiée. Sous cet aspect, le barème fiscal actuel apparaît quelque peu éloigné de l'échelle d'équivalence de l'INSEE, du fait qu'il attribue une demi-part supplémentaire à partir du 3ème enfant. Le coût de cette disposition est évaluée à 500 M€ par la DGI. Sa suppression irait dans le sens de l'équité fiscale[380].

En revanche, la demi-part attribuée aux contribuables vivant seuls ayant élevé des enfants[381] ne semble pouvoir se prévaloir d'aucune justification convaincante. Introduite après-guerre pour soutenir les veuves de guerre, cette disposition a été généralisée à toutes les personnes vivant seules. Il s'agit d'un avantage différé, sans lien avec des charges de famille effectives. Le montant de l'économie d'impôt est plafonné à 844 €. Le coût total de cette dépense fiscale ne s'en élevait pas moins à 1,5 Md€ en 2005.

---

380. Il convient toutefois de garder à l'esprit que les échelles d'équivalence résultent d'estimations statistiques sujettes à réévaluation.

381. Aux termes de l'article 195 du CGI, le revenu imposable des contribuables célibataires, divorcés ou veufs n'ayant pas d'enfant à leur charge est divisé par 1,5 lorsque ces contribuables a) vivent seuls et ont un ou plusieurs enfants majeurs ou faisant l'objet d'une imposition distincte b) vivent seuls et ont eu un ou plusieurs enfants qui sont morts, à condition que l'un d'eux au moins ait atteint l'âge de 16 ans ou soit décédé par suite de faits de guerre.

La possibilité laissée au jeune adulte percevant l'allocation de logement sociale d'être rattaché fiscalement au foyer de ses parents (et de compter pour une demi-part dans le calcul du quotient familial) jusqu'à 21 ans ou, s'il est étudiant, jusqu'à 25 ans, pourrait aussi être remise en cause.

b) Les majorations de pension

Les majorations de pension accordées aux assurés ayant eu trois enfants ou plus constituent une aide différée, qui pourrait légitimement être mise en balance avec une meilleure compensation des charges effectives que subissent les familles nombreuses lorsque les enfants sont encore présents au sein du foyer[382]. En tout état de cause, son montant devrait être forfaitisé ou plafonné. En outre, l'exonération fiscale de la majoration de pension pour enfants n'apparaît nullement comme le complément nécessaire de cette mesure et pourrait être remise en cause[383]. Son coût est de l'ordre de 500 M€.

c) Le supplément familial de traitement

Le supplément familial de traitement versé aux agents publics (616 M€ pour les seuls agents de l'Etat, 1,3 Md€ pour l'ensemble des agents publics hors grandes entreprises nationales) fait aujourd'hui double emploi avec les allocations familiales qui leur sont versées ; il est toutefois inclus dans l'assiette de l'impôt sur le revenu. A la différence des prestations d'action sociale ou des aides à la garde d'enfants qu'un employeur public ou privé peut légitimement verser à ses salariés, le supplément familial de traitement constitue une véritable prestation d'entretien, dont le montant croît qui plus est en fonction du

382. Deux raisons sont avancées pour justifier ces majorations : d'une part, elles viendraient compenser le fait que les assurés ayant eu plusieurs enfants ont, toutes choses égales par ailleurs, un niveau de pension plus faible que les autres, car la charge d'enfant(s) qu'ils ont supportée a obéré leur capacité d'épargne au cours de leur vie active et freiné la carrière de la mère ; d'autre part, elles rétribueraient la contribution que les parents de nombreux enfants ont apportée à l'équilibre futur des régimes de retraite.

383. La Cour a déjà formulé cette recommandation à plusieurs reprises : RALFSS 2000 page 512, RALFSS 2004 page 389, rapport particulier de 2003 sur les pensions civiles de l'Etat page 162.

traitement[384]. Sa transformation sous la forme d'un montant forfaitaire, à nombre d'enfants à charge donné, pourrait donc être légitimement examinée.

IV - La conciliation vie professionnelle/vie familiale

L'objectif de favoriser la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale s'est progressivement imposé comme l'un des principaux objectifs de la politique familiale à partir des années 1970 et a pris deux formes opposées que résume la formule du libre choix : l'aide au retrait temporaire d'activité et l'aide à la garde des enfants. Ce volet de la politique familiale vise d'abord à répondre à des préférences individuelles et à accompagner l'évolution des comportements sociaux. Il participe aussi de la politique de l'emploi dans un sens d'ailleurs équivoque : le développement des aides à la garde conduit à stimuler l'offre de travail des femmes, à la fois en incitant les mères de jeunes enfants à poursuivre ou reprendre leur activité et en créant des emplois dans un secteur économique très féminisé. L'aide au retrait d'activité freine au contraire l'activité féminine, temporairement ou durablement, selon la capacité des femmes à se réinsérer sur le marché du travail. Indirectement, ce volet de la politique familiale participe aussi de la politique de réduction de la pauvreté, dans la mesure où l'absence de revenu salarial féminin peut être un facteur de pauvreté pour certaines familles.

S'il est permis de penser que cette orientation de la politique familiale a facilité le développement de l'activité féminine tout en favorisant le maintien d'un taux de fécondité supérieur (2) à celui de la plupart des autres pays européens, il est plus difficile d'apprécier ses résultats quantitatifs en matière d'offre de garde. La croissance des aides publiques à la garde a certes permis de satisfaire des besoins de garde croissants mais l'évaluation des besoins non satisfaits reste hasardeuse. La demande n'est pas toujours exprimée et les enquêtes révèlent que le retrait d'activité est souvent contraint par l'absence de mode de garde alternatif disponible et financièrement accessible. C'est pourquoi la présente analyse se limite à examiner l'efficience des dépenses croissantes consacrées à l'objectif de conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale et la rationalité du système formé par ces aides.

384. Il se compose d'un élément fixe et d'un élément proportionnel au traitement brut qui varient en fonction du nombre d'enfants à charge, dans la limite de montants plancher et plafond. Pour deux enfants, son montant varie pour les fonctionnaires de l'Etat entre 72 € et 108 € mensuels ; pour trois enfants, entre 178 € et 275 € mensuels.

A – Un effort financier important

1 – Les différents types d'aide

Le système actuel des aides à la garde recouvre à la fois des aides à la garde rémunérée, individuelle ou collective (employée à domicile assistante maternelle et établissement d'accueil de jeunes enfants) et une aide à la garde familiale, sous la forme du complément de libre choix d'activité. Contrairement aux aides à la garde rémunérée, l'aide à la garde familiale n'est toutefois pas systématique et toutes les familles ayant un enfant de moins de trois ans ne peuvent y prétendre, dès lors que le bénéfice du complément de libre choix d'activité est soumis à des conditions d'activité antérieure.

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) créée au 1er janvier 2004 recouvre plusieurs prestations qui se substituent, pour les enfants nés après cette date, aux différentes prestations préexistantes destinées au jeune enfant :

- l'allocation de naissance et l'allocation de base versée jusqu'aux trois ans de l'enfant se substituent à l'allocation pour jeune enfant ;

- le complément de libre choix d'activité se substitue à l'allocation parentale d'éducation ;

- le complément mode de garde remplace à la fois l'allocation pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) et l'allocation de garde d'enfant à domicile (AGED).

a) Les aides à la garde individuelle rémunérée

Plusieurs mesures récentes ont contribué à solvabiliser davantage la garde individuelle rémunérée. La création de la PAJE en 2004 s'est traduite par une revalorisation du montant de l'aide versée aux familles ayant recours à une assistante maternelle agréée[385].

385. On ne parle ici que du complément destiné à couvrir une partie du salaire net versé par les parents à l'assistante maternelle, sachant que les cotisations patronales sont par ailleurs prises en charge par la branche famille dans la limite d'un salaire journalier équivalent à 5 SMIC horaires.

Comparaison du complément mode de garde de la PAJE par rapport à l'aide à l'emploi d'une assistante maternelle agrée (AFEAMA)

En €

Montants 2004	Tranche de revenu inférieur/aide maximale	Tranche de revenu intermédiaire/aide médiane	Tranche de revenu supérieure/aide minimale
Tranches de revenus AFEAMA (€/an)	<13 131	<18 055	>18 055
Montant de l'aide (€/mois)	207	163	135
Tranches de revenus CMG –PAJE (€/an)	<14 349	<31 887	>31 887
Montant de l'aide (€/mois)	354	253	152

Source : CNAF (pour un couple avec un enfant de moins de trois ans)

La réforme de la PAJE a en outre étendu le complément mode de garde (CMG) aux allocataires de l'aide à la garde à domicile (AGED) qui jusqu'alors ne bénéficiaient que de la prise en charge d'une partie des cotisations patronales dans la limite d'un plafond. Cette réforme s'est traduite par une revalorisation du montant total de l'aide (prise en charge des cotisations sociales et complément cumulés) pour tous les ménages. Le montant maximal de l'aide par trimestre était de 535 € sous l'empire de l'ancien dispositif ; ce montant est désormais un plancher, servi à tous les ménages et le montant de l'aide peut aller jusqu'à 736 € par mois pour les ménages situés dans la tranche inférieure de revenus.

Comparaison du complément de mode de garde de la PAJE par rapport à l'aide à la garde à domicile (en incluant la prise en charge des cotisations sociales)

En €

Montants 2004	Plafond de ressources/aide maximale	Plafond de ressources/aide médiane	Plafond de ressources/aide minimale
Plafond de ressources annuel pour l'AGED	36 006	sans	sans (en cas de cumul avec l'APE à taux partiel)
Montant mensuel de l'aide	535	357	178
Plafond de ressources annuel pour le CMG-PAJE	14 349	31 887	sans
Montant mensuel de l'aide	736	635	534

Source : CNAF (pour un couple avec un enfant de moins de trois ans)

La croissance des prestations d'aide à la garde (effet prix et effet volumes conjugués) s'est en conséquence accélérée à partir de 2004.

Evolution du montant des aides à la garde

En M€

	2001	2002	2003	2004	2005
Aide à la garde par une assistante maternelle (AFEAMA puis PAJE)	1 871	2 065	2 168	2 403	2 942
Aide à la garde à domicile (AGED puis PAJE)	129	116	113	124	172

Source : CNAF

La garde à domicile a en outre fait l'objet de mesures complémentaires de soutien dans le cadre de la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne : les particuliers employeurs d'une personne à domicile bénéficient d'une réduction de 15 points des cotisations patronales lorsque ces cotisations sont assises sur le salaire réel, dans le cadre du chèque emploi service universel ; les entreprises ont la possibilité d'abonder le chèque emploi service universel au bénéfice de leurs salariés (le CESU dit préfinancé) et de déduire cet abondement au titre du crédit d'impôt famille créé en LFI 2003.

Enfin, les avantages fiscaux relatifs à la garde d'enfant ont été modifiés à plusieurs reprises au cours des dernières années. Le plafond des dépenses ouvrant droit à la réduction d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile a été relevé progressivement de 6 900 € à 12 000 € (majoré de 1 500 € par enfant à charge) par les LFI 2003 à 2005 ; la LFR 2006 a en outre transformé la réduction en crédit d'impôt pour les dépenses liées à la garde d'enfant à domicile. S'agissant de la garde à l'extérieur du domicile, la réduction d'impôt au titre des frais encourus a été transformée en crédit d'impôt par la LFI 2005, et le taux du crédit d'impôt a été porté de 25 % à 50 % par la LFI 2006.

b) Les aides à la garde en structure collective

Les dépenses d'action sociale de la branche famille en faveur de l'accueil du jeune enfant ont doublé en cinq ans, sous l'effet conjugué de plusieurs facteurs : la montée en puissance des contrats enfance, qui ont fait l'objet d'un intérêt croissant de la part des communes ; la réforme du financement des crèches et haltes-garderies par les CAF sous forme de prestation de service ; la succession à partir de 2000 des plans crèches, qui ont accéléré la création de nouvelles places d'accueil. Les dépenses d'action sociale en faveur du temps libre ont également doublé sur la même période ; ces dépenses recouvrent en partie les subventions aux centres de loisirs sans hébergement, qui remplissent, au moins jusqu'à 6 voire 8 ans, une fonction de garde aux heures périscolaires.

Evolution du montant des dépenses d'action sociale

En M€

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Dépenses d'action sociale pour l'accueil du jeune enfant	920	981	1 203	1 242	1 545	1 849
Dépenses d'action sociale en faveur du temps libre	418	445	509	569	667	801

Source : CNAF, DSER, ventilation fonctionnelle des dépenses 2005

c) L'aide au retrait ou à la réduction d'activité

L'allocation parentale d'éducation a été créée en 1985 et visait les personnes réduisant ou interrompant leur activité professionnelle à l'occasion de la naissance d'un troisième enfant. L'ouverture du droit à cette aide dès le 2ème enfant en 1994 a eu un impact important sur les comportements d'activité des femmes. En 2004, plus de 20 points séparaient le taux d'activité des mères ayant deux enfants en bas âge de celui des mères n'en ayant qu'un (55 % contre 75 %). Entre 1993 et 2003, l'effectif des allocataires de l'allocation parentale d'éducation est passé de 154 000 à 563 000. A l'occasion de la réforme de la PAJE en 2004, les modalités de cette prestation, renommée complément de libre choix d'activité, ont été modifiées. Le bénéfice de l'aide a été ouvert dès le premier enfant, pour une durée de six mois. En outre, le montant de l'aide à taux réduit, servie aux personnes réduisant leur activité à 50 % ou 80 %, a été revalorisé de 15 % et cette aide à taux réduit est désormais cumulable avec le complément de garde à taux plein. En sens contraire, les conditions d'activité requises pour être éligible ont été légèrement durcies[386]. Elles restent cependant relativement aisées à remplir, dans la mesure où dès le 2ème enfant, les périodes de chômage et celles de perception du complément de libre choix d'activité (ou de l'allocation parentale d'éducation) sont assimilées à des périodes de cotisation.

2 – Des dépenses peu efficientes

a) Les modes de garde individuels : un effet d'aubaine

La réforme de la PAJE s'est traduite par une baisse sensible du taux d'effort des familles ayant recours à une assistante maternelle agréée

386. Il faut désormais avoir travaillé deux ans dans les cinq ans précédant la naissance pour l'enfant de rang trois, deux ans dans les quatre ans pour l'enfant de rang deux et deux ans dans les deux ans pour le premier enfant.

(le taux d'effort rapporte le reste à charge au revenu disponible). Celle-ci a profité à tous les revenus, du fait de l'élargissement des tranches de revenus inférieure et intermédiaire et de la revalorisation des montants d'aide pour les trois tranches :

Taux d'effort selon le niveau de revenu en cas de garde par une assistante maternelle

En %

	1 SMIC	2 SMIC	3 SMIC	5 SMIC
Taux d'effort en 2002	28,5%	15,2%	10,3%	6,2%
Taux d'effort en 2005	12,6%	10,6%	7,0%	6,0%

Source : Etudes CNAF DSER, novembre 2002 et octobre 2006[387]

Lors de la réflexion menée en 2003 dans le cadre des travaux préparatoires à la conférence annuelle de la famille, le scénario privilégié consistait à harmoniser les taux d'effort des ménages en cas de recours à une assistante maternelle agréée et à les faire converger vers le taux d'effort constaté dans les crèches, soit environ 12 %, ce qui devait conduire à diminuer le montant de l'aide pour certaines tranches de revenus[388]. L'objectif prioritaire, dans cette hypothèse, était de rendre ce mode de garde accessible aux ménages de revenus moyens et inférieurs, en diminuant leurs taux d'effort, qui restaient jusque là dissuasifs. Cette solution n'a pas prévalu : le montant de l'aide a été accru pour tous les ménages.

Dans le cas de l'aide à la garde à domicile, la réforme avait pour objectif de rendre ce mode de garde plus attractif pour les ménages aux revenus intermédiaires et d'inciter les ménages de revenus supérieurs recourant à un emploi non déclaré à régulariser leur situation. Après la mise sous condition de ressources de l'AGED en 1998, un reflux du nombre de bénéficiaires avait en effet été constaté, ce qui laissait supposer qu'une partie des emplois de garde à domicile correspondants n'étaient plus déclarés.

A la suite de la mise en place du complément mode de garde et de la revalorisation des avantages fiscaux, le taux de recours des familles aux modes de garde individuelle semble s'être accru : de l'ordre de 10 %

387. Les taux d'effort sont calculés sur la base de l'accueil à temps complet (20 jours par mois) d'un enfant de moins de trois ans, pour une famille d'un enfant, la rémunération nette de l'assistante maternelle étant de 3 SMIC horaires/j en 2002 et 3,5 SMIC horaires/j en 2005 (pour tenir compte de la croissance des salaires moyens pratiqués par les assistantes maternelles).

388. Cf. rapport du groupe de travail « Prestation d'accueil du jeune enfant », 2003.

pour le recours à une assistante maternelle et de 45 % pour le recours à l'aide à domicile (mais ce pourcentage s'applique à une base beaucoup plus réduite). Dans le cas du recours à une assistante maternelle, la hausse du taux de recours aurait concerné particulièrement les familles de la tranche inférieure de revenu[389]. La réforme semble donc, sur ce point, avoir produit des effets qui devront être confirmés dans la durée.

Il reste que pour la masse des ménages qui recouraient déjà à l'AGED et à l'AFEAMA[390], cette réforme s'est traduite par des effets d'aubaine, dans la mesure où le montant de l'aide s'est accru pour tous les ménages, fût-ce de manière différenciée, et que les tranches de revenus ont été élargies dans un sens favorable aux bénéficiaires.

b) Un accroissement limité du parc de places en crèches

Le montant des aides financières de la branche famille aux structures d'accueil collectif des jeunes enfants sous forme de subventions de fonctionnement et d'aides au développement a crû de 85,8 % entre 2001 et 2005, alors que le nombre de places agréées n'augmentait dans le même temps que de 18,6 %, soit une hausse du coût moyen de la place d'accueil collectif pour la branche famille de 56,7 %. Ce résultat s'explique certes, pour partie, par la réforme de la subvention de fonctionnement (dite prestation de service unique) versée aux structures d'accueil petite enfance, qui s'est traduite par une augmentation du niveau de subvention de l'heure de crèche par la branche famille, au profit des gestionnaires et surtout des parents. Mais il s'explique aussi, comme la Cour l'a montré, par une gestion inefficiente des contrats enfance[391]. Ce constat a conduit la CNAF à engager une réforme de ces contrats en juillet 2006.

c) L'extension de l'allocation parentale d'éducation à des publics peu prioritaires

La substitution du complément de libre choix d'activité à l'allocation parentale d'éducation en 2004 s'est notamment traduite par une revalorisation de l'aide au retrait partiel d'activité. L'un des objectifs déclarés de cette mesure était de rendre plus attractif le retrait partiel

389. Cf. « La PAJE après 18 mois de montée en charge », CNAF-DSER, octobre 2005.

390. Il s'agit des ménages de même profil, et non des mêmes ménages, puisque la PAJE s'est substituée progressivement à l'AFEAMA et à l'AGED pour les enfants nés après le 1er janvier 2004.

391. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006, pp. 272 à 280.

d'activité pour les femmes peu qualifiées, dont un retrait trop prolongé du marché du travail risquait de dégrader durablement l'employabilité. Or, de fait, la réforme de l'allocation parentale d'éducation a surtout profité aux femmes qualifiées[392] : le complément de libre choix d'activité d'une durée de six mois accordé pour le premier enfant tient lieu de congé de maternité prolongé et le complément de libre choix d'activité à temps partiel leur permet de ne pas interrompre leur carrière.

B – La recherche d'une plus grande rationalité

1 – Le niveau de financement des modes de garde rémunérés

Le niveau de financement public de l'ensemble des modes de garde (établissement d'accueil collectif, assistante maternelle agréée, garde à domicile) mériterait d'être réexaminé à la lumière de plusieurs critères : la maîtrise des dépenses publiques, l'équité et la cohérence.

Il semble rationnel de tenir compte du coût relatif pour la collectivité des différents modes de garde dans l'affectation des fonds publics consacrés à la garde des enfants, même s'il est aussi légitime de tenir compte des préférences des familles pour tel ou tel mode de garde. De ce point de vue, le libre choix du mode de garde ne saurait constituer un objectif raisonnable, si l'on entend par là que le taux d'effort des familles devrait être égalisé pour tous les modes de garde, indépendamment de leur coût respectif pour la collectivité.

Coût pour la collectivité des différents modes de garde

Mode de garde	Coût total mensuel (€)	Coût mensuel pour la collectivité		
		1 SMIC	3 SMIC	5 SMIC
Assistante maternelle sal/j = 2,75 SMIC horaire	667	558	521	444
Assistante maternelle sal/j = 3,5 SMIC horaire	819	689	610	522
Assistante maternelle sal/j = 5 SMIC horaire	1 124	865	762	659
Crèche	1 296	1 225	1 059	932
Garde à domicile	2 124	750	771	972
Garde à domicile partagée	1 063	604	625	730

Source : CNAF, DSER

392. Cf. étude de la CNAF « Réduire son activité pour garder son enfant », 2006, non encore publiée.

Aujourd'hui, les taux d'effort des familles en cas de recours aux différents modes de garde ne reflètent pas la hiérarchie des coûts pour la collectivité, retracée dans le tableau précédent.

A la suite de la réforme de la PAJE, les taux d'effort des familles de revenu moyen et inférieur ont dûment baissé en cas de recours à une assistante maternelle, qui reste le mode de garde le moins coûteux pour la collectivité. En revanche, les taux d'effort des familles ayant recours à une crèche semblent excessivement bas au regard du coût collectif de ce mode de garde et du privilège que peut représenter de fait une place de crèche dans un contexte de rareté de l'offre. Selon les calculs de la direction de la sécurité sociale, intégrant les effets de cette réforme et des dernières mesures fiscales relatives aux frais de garde à l'extérieur du domicile, le taux d'effort des familles recourant à une structure d'accueil collective serait descendu à 4,3 % pour une famille ayant un revenu d'un SMIC, et respectivement à 6,4 % et 5,5 % pour un niveau de revenu de trois SMIC et de six SMIC[393]. Les familles recourant à une structure d'accueil collectif conventionnée avec la CNAF ont notamment bénéficié, à la suite de la mise en place de la prestation de service unique, d'une réduction du montant de leur participation financière, du fait de la généralisation du barème de la CNAF dans l'ensemble des structures, y compris dans les haltes-garderies, et de l'abandon du système du forfait journalier au profit d'une tarification à l'heure consommée. Il pourrait être légitime de relever le montant des participations familiales, afin que les familles acquittent une part plus substantielle du coût de fonctionnement des structures. Deux options semblent possibles : relever uniformément le tarif de l'heure facturée, en maintenant la proportionnalité du barème actuel ou modifier le barème pour passer à un système progressif en fonction des revenus des usagers.

Il importe aussi, dans un souci de maîtrise des dépenses, que le niveau de financement public des différents modes de garde soit modulé en fonction du niveau de revenu des ménages y recourant. De ce point de vue, le niveau de financement public de la garde à domicile, toutes aides publiques confondues, peut sembler excessif, dès lors que ce mode de garde bénéficie pour une large part aux ménages situés dans le dernier décile de la distribution des revenus : à partir d'un niveau de revenu de 5 SMIC, le coût pour la collectivité d'un enfant gardé à domicile est supérieur à celui d'un enfant gardé en crèche, comme le montre le tableau précédent. De fait, dans le cas de la garde à domicile, la politique d'aide aux familles est surdéterminée par d'autres priorités de politique publique, à savoir le développement de l'emploi peu qualifié (pour les personnes employées pour garder les enfants à domicile, aucune

393. Source : programme de qualité et d'efficience « famille », PLFSS 2007.

qualification particulière n'est exigée) et la lutte contre le travail non déclaré.

La rationalisation du financement public des modes de garde suppose enfin de veiller à l'articulation de l'ensemble des types d'aides (aides directes et aides fiscales), notamment des différents plafonds, de manière à éviter les effets de seuil.

2 – Les aides au retrait d'activité

a) Le renforcement des incitations à la reprise d'activité

Le complément de libre choix d'activité peut engendrer des effets pervers pour ses bénéficiaires : en éloignant durablement les femmes les moins qualifiées du marché du travail, l'aide contribue à dégrader leur employabilité et à hypothéquer leur retour à l'emploi. Cet effet pervers vaut surtout pour les mères de trois enfants et plus, qui occupaient des emplois peu qualifiés et précaires avant leur premier enfant et qui n'ont pas repris d'activité professionnelle entre les naissances successives. Pour les bénéficiaires du complément de libre choix au titre du deuxième enfant, les effets pervers sont moins documentés : les études menées par la DREES[394] font apparaître que les femmes qui retournent sur le marché du travail après un complément de libre choix de trois ans pris à la naissance de leur 2ème enfant ne connaissent pas un taux de chômage plus élevé ; elles semblent cependant davantage confrontées à des conditions d'emploi moins favorables (temps partiel court et « subi », emplois à durée déterminée, postes moins qualifiés).

Une aide plus courte et mieux rémunérée, dite complément optionnel de libre choix d'activité, a été créée en juillet 2006 pour inciter les bénéficiaires du complément de libre choix au titre de leur troisième enfant à reprendre plus rapidement une activité. Ce nouveau dispositif ne semble pas rencontrer le succès escompté, notamment parce que le congé court à compter de la naissance et non de la fin du congé de maternité, plus long pour le 3ème enfant.

D'autres solutions plus contraignantes ont été envisagées, telles que le raccourcissement de la période de perception de l'aide ou la dégressivité de l'aide. Ces réformes supposent toutefois un desserrement de la contrainte d'offre de garde, sous peine d'engendrer à leur tour des effets pervers. En effet, il ressort des enquêtes de la CNAF qu'un certain nombre de ménages modestes recourent au complément de libre choix faute de solution d'accueil disponible ou financièrement abordable. A

394. Cf. Etudes et résultats, n° 399, mai 2005.

tout le moins, un resserrement des conditions d'activité antérieure requises pour être éligible à l'aide [395] permettrait d'éviter qu'un enchaînement des congés ne conduise à éloigner durablement les femmes peu qualifiées du marché du travail. Des incitations financières à la reprise d'activité ciblées sur les publics les plus éloignés de l'emploi pourraient également être envisagées.

Des effets pervers analogues entachent l'allocation parent isolé : en effet, la différence de revenu (nette du forfait logement) entre l'allocation de parent isolé et le RMI (de 90 € par mois pour une personne seule avec un enfant à 155 € pour une personne seule avec 3 enfants), combinée avec l'absence de lien entre le versement de la prestation et l'insertion du bénéficiaire, peut jouer le rôle d'une aide implicite au retrait d'activité et inciter les mères isolées de jeunes enfants à se consacrer à leur éducation pendant leurs trois premières années au lieu de chercher à reprendre une activité, en leur offrant un revenu intermédiaire entre un revenu d'insertion (RMI) et un revenu salarial. Une récente mission conjointe de l'IGF et de l'IGAS a recommandé, sur la base de ce constat, d'aligner le montant de l'allocation de parent isolé sur celui du RMI au bout d'un an, parallèlement à la mise en place d'un dispositif d'accompagnement à l'insertion.

b) Une attribution plus sélective de l'AVPF

Le champ des bénéficiaires de l'assurance vieillesse parent au foyer a été progressivement élargi depuis sa création en 1972. Depuis 1990, le nombre de bénéficiaires s'est stabilisé à environ 1,6 millions de personnes. L'assurance vieillesse des parents au foyer bénéficie aujourd'hui aux parents qui ne travaillent pas ou interrompent leur activité pour élever des enfants et qui sont allocataires soit du complément familial soit de l'une des prestations spécifiques au jeune enfant, sous un plafond de ressources relativement élevé qui n'exclut que 20 % des bénéficiaires potentiels. In fine, l'assurance vieillesse parent au foyer peut donc bénéficier à des retraités ayant eu une carrière bien rémunérée (les revenus faibles au moment de la naissance ne préjugent pas des revenus par la suite). En outre, elle se cumule avec les majorations de durée d'assurance accordées par les régimes de retraite. Cette aide pourrait être attribuée de manière plus sélective.

395. A l'heure actuelle, la période pendant laquelle le complément de libre choix d'activité a été perçu au titre du 2ème enfant est ainsi validée comme une période d'activité pour l'éligibilité du complément au titre du troisième enfant.

SYNTHÈSE

La politique familiale, au sens des aides financières publiques au bénéfice des familles, transite par de multiples canaux. A s'en tenir aux prestations d'entretien au sens large versées par la branche famille et l'Etat, aux aides fiscales en faveur des familles et aux prestations sociales tenant compte du nombre d'enfants, le constat est celui d'un système relativement équilibré du point de vue de l'objectif de compensation du coût de l'enfant, grâce à la combinaison d'un impôt sur le revenu familialisé, de prestations familiales universelles ou faiblement modulées et de prestations plus ciblées. Ce système permet en effet de limiter sensiblement la baisse de niveau de vie subie par l'ensemble des familles du fait de la présence des enfants. Des insuffisances subsistent néanmoins, liées à la faible compensation du coût du premier, voire du deuxième enfant, et au surcoût des adolescents par rapport aux enfants plus jeunes (que les évolutions récentes ont privilégiés). Le système permet aussi de réduire les inégalités de niveau de vie entre ménages et le taux de pauvreté des familles, sans pouvoir cependant sortir de la pauvreté toutes les familles, notamment les familles très nombreuses et les familles monoparentales dont les revenus d'activité avant transferts sont insuffisants.

Ce constat ne signifie pas que des aménagements ne soient pas souhaitables au regard du bon usage des deniers publics : plusieurs dépenses fiscales en faveur des familles devraient être remises en cause, de même que les majorations de pension pour enfants ou encore les modalités actuelles du supplément familial de traitement versé aux agents publics.

Du point de vue de l'objectif de conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle, il apparaît que l'effort financier important réalisé ces dernières années n'a pas été aussi efficient qu'il aurait pu l'être, engendrant des effets d'aubaine ou se traduisant par une utilisation peu rationnelle ou sous - optimale des fonds. Le niveau de financement public des différents modes de garde mériterait d'être réexaminé.

Une meilleure hiérarchisation des objectifs de la politique familiale et une clarification des arbitrages financiers apparaissent souhaitables, de même qu'une meilleur pilotage pluriannuel des dépenses de la branche famille, compatible avec l'évolution des ressources.

RECOMMANDATIONS

37. Réexaminer les demi-parts dérogatoires attribuées dans le cadre du mécanisme du quotient familial.

38. Réexaminer l'exonération d'impôt sur le revenu des majorations de retraite pour enfants ainsi que de certaines prestations familiales sans condition de ressources.

39. Mieux prendre en compte la progression du coût de l'enfant avec l'âge dans les majorations des allocations familiales et dans l'allocation de rentrée scolaire.

40. Harmoniser le niveau de financement public des différents modes de garde.

41. Forfaitiser le supplément familial de traitement versé aux agents publics.

Chapitre XII

L’avenir du régime agricole

PRÉSENTATION

La mutualité sociale agricole (MSA) avait 1 353 235 actifs cotisants au 1er janvier 2005, se répartissant en 722 650 salariés et 630 585 non salariés. Ces deux gestions connaissent un fort déséquilibre démographique entre actifs cotisants et inactifs : ainsi, pour un pensionné de droit direct âgé de 65 ans et plus, il n'y a que 0,43 actif salarié et 0,37 actif exploitant. Si le nombre de salariés cotisants progresse (+4 % entre 2001 et 2004), celui des exploitants cotisants diminue fortement (-9,1 % entre 2001 et 2004). Les perspectives démographiques établies par le conseil d'orientation des retraites à l'horizon de 2050 montrent que si le nombre des exploitants agricoles cotisants cessera de se dégrader en fin de période, le régime de retraite restera toujours très déficitaire avant l'apport de financements issus de la solidarité nationale.

Les retraites des exploitants et salariés agricoles et la mise en place de la nouvelle branche accidents du travail et maladies professionnelles au sein du régime de sécurité sociale des exploitants agricoles ont déjà été examinées par la Cour[396]*. Les autres branches -maladie maternité et famille- ne présentent pas, même pour les exploitants agricoles, de spécificité, la parité avec le régime général étant atteinte en matière de prestations. L'attention de la juridiction s'est donc concentrée sur le financement du régime des exploitants agricoles et la gestion des caisses.*

I - Un financement non contributif très important

Pour un total de 16,3 Md€ de charges techniques en 2006, les ressources propres du régime des exploitants agricoles n'ont été que de 2,7 Md€ (cotisations et CSG) de recettes, soit 16,6 % des charges. Plus de 80 % des ressources sont ainsi assurés par la solidarité interprofessionnelle, à travers la compensation démographique entre les régimes, et par la solidarité nationale, via l'affectation d'impôts et de taxes au FFIPSA[397]. La première a, en 2006, couvert 34,5 % (5,6 Md€) et la seconde 34,5 % (5,6 Md€) des charges. Avec les autres recettes (1,1 Md€), ces ressources restent insuffisantes pour financer l'intégralité des charges du régime qui a accusé un déficit de 1,3 Md€ en 2006 après 1,4 Md€ en 2005.

396. Voir les rapports sur la sécurité sociale de septembre 2003, p. 231 et septembre 2006, p. 103.

397. Voir chapitre I relatif aux tableaux d'équilibre.

A – La solidarité interprofessionnelle : la compensation démographique

La compensation démographique instaurée par la loi de 1974 a pour objectif de « remédier aux inégalités provenant des déséquilibres démographiques et des disparités de capacités productives entre les différents régimes »[398]. Avec une situation démographique défavorable en raison de la forte diminution des effectifs d'exploitants agricoles, le régime des exploitants a toujours été le principal bénéficiaire de ce mécanisme. Ainsi sur 13 Md€ de transferts prévus en 2006, il a reçu 5,6 Md€, dont plus de 85 % proviennent de trois régimes de salariés[399].

La compensation concerne les risques maladie et vieillesse des exploitants agricoles, avec respectivement 1,3 Md€ et 4,3 Md€ en 2006 (la branche famille étant universelle, son financement est assuré par la CNAF). Ces montants représentent 19 % des produits maladie et 45,9 % des produits retraite.

Produits et prévisions – compensation démographique

En M€

	2003	2004	2005	Prév. 2006	Prév. 2007
Maladie	1 441	1 458	1 361	1 313	1 296
Retraite	4 307	4 277	4 285	4 273	4 221
Total	**5 748**	**5 735**	**5 646**	**5 586**	**5 517**

Source : Rapport de la CCSS de septembre 2006 et commission de compensation

Le calcul des transferts inter-régimes est effectué à partir d'un régime théorique qui neutralise les avantages particuliers accordés par les régimes à leurs ressortissants en matière notamment d'âge de départ à la retraite, de taux de liquidation de la pension ou de droits dérivés. La définition des paramètres retenus pour définir ce régime théorique est donc fondamentale.

398. Article L. 134-1 du code de la sécurité sociale.

399. Voir le chapitre II relatif aux résultats et au financement des régimes sociaux.

A la demande des représentants des régimes, la commission de compensation a effectué en 2004 d'importants travaux de simulation visant à tester l'incidence financière d'une modification des paramètres retenus dans le modèle théorique. Deux propositions, relatives au régime des exploitants agricoles, ont été retenues par le comité de surveillance du FFIPSA et examinées par un groupe de travail[400] : en maladie, la modulation des dépenses de santé par tranche d'âge et, en retraite, la prise en compte des durées moyennes de carrière dans le régime pour le décompte des effectifs.

Dans les deux cas, le régime des exploitants agricoles verrait augmenter les transferts dont il bénéficie dans des proportions importantes, estimés à 2 Md€ en maladie, principalement au détriment du régime général, et entre 650 M€ et 700 M€ en retraite, selon que l'on prend les durées de carrière validées ou cotisées, au détriment de la CNRACL et du régime général. Toutefois, pour les deux branches, la mise en œuvre de telles réformes se heurte à l'absence, en l'état actuel des systèmes d'information, de données fiables sur les nouveaux paramètres envisagés pour le calcul du montant de la compensation.

La Cour considère que la disponibilité des informations nécessaires aux calculs de compensation et au rapprochement des assiettes contributives constitue un préalable à toute réforme de la compensation. En outre, la compensation démographique assurant uniquement des transferts (en plus ou en moins) entre régimes, la Cour estime que la modification, au profit du régime agricole, des critères retenus ne peut se concevoir indépendamment de l'examen des moyens d'assurer l'équilibre financier de l'ensemble des régimes de sécurité sociale.

B – La solidarité nationale

La solidarité nationale apporte près de la moitié du financement du régime des exploitants agricoles.

Jusqu'en 2003, les deux principales recettes en provenance des impôts et taxes étaient assurées par la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et un reversement de TVA, l'une et l'autre affectées à la branche vieillesse. En 2003, ces deux taxes rapportaient 5 Md€. Deux modifications importantes sont intervenues en 2004 et 2005 :

- en 2004, le reversement de TVA a été remplacé par l'affectation d'une partie des taxes tabacs à hauteur de 3,1 Md€. Toutefois, les

400. Rapport au ministre délégué à la sécurité sociale du groupe de travail relatif au déficit du FFIPSA, présidé par Jean-François Chadelat, inspecteur général des affaires sociales, juin 2006.

recettes des taxes sur les tabacs ont connu une baisse en 2006 et apparaissent moins dynamiques que celles de la TVA, qui avaient progressé de 10 % de 2001 à 2002 et de 4,8 % de 2002 à 2003 ;

- en 2005, l'apport de C3S a été supprimé et n'a pas été remplacé, entraînant une perte de recettes de l'ordre de 800 M€.

Ces modifications ont entraîné des pertes de ressources fiscales qui n'ont pas été intégralement compensées par les nouvelles affectations.

Impôts (hors CSG), taxes et subventions de l'Etat

En M€

	2003	2004	2005	2006
TVA	4 350,4	/	/	/
CSSS	650,0	775,0	/	/
Tabac	108,7	4 671,6	5 130,8	4 926,9
Autres taxes et FSI	256,8	212,2	221,3	224,1
Subvention BAPSA	685,7	715,0	/	/
Total	**5 365,9**	**5 658,8**	**5 352,1**	**5 151,0**

Source : CCMSA

Par ailleurs, suite au remplacement du BAPSA par le FFIPSA, le régime agricole n'a plus reçu de subventions du budget de l'Etat. L'équilibre du régime n'est donc plus automatiquement assuré. Le régime agricole s'est ainsi trouvé en déficit de 1,4 Md€ en 2005 et à nouveau de 1,3 Md€ en 2006.

II - Une assiette sociale minorée

Les ressources propres du régime agricole se sont élevées à 2677 M€ en 2006, dont 1735 M€ de cotisations et 942 M€ de CSG. Ce faible montant au regard des dépenses du régime découle à la fois de sa démographie et du niveau du revenu agricole. Toutefois, l'importance du recours à la solidarité nationale justifie de s'assurer que les ressortissants du régime contribuent à parité avec les cotisants des autres régimes.

Dans un précédent rapport[401], la Cour avait abordé cette question du point de vue de la parité du taux d'effort. S'appuyant sur les travaux réalisés en 1995 par Mme Yannick Moreau, conseiller d'Etat, sur l'effort contributif des agriculteurs, elle avait estimé que les réformes intervenues depuis 1995 (notamment la création du statut de conjoint collaborateur)

401. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2005, pp. 231 à 248.

conduisaient à majorer au minimum de 1,35 point l'insuffisance de cotisations évaluée antérieurement entre 2,91 et 3,28 points. En outre, d'autres avantages non chiffrés, comme la revalorisation des retraites de base des petits exploitants à carrières « monotones » devraient être pris en compte. Elle avait également souligné, au-delà du débat sur les taux de cotisations, que les insuffisances de contributions provenaient également des caractéristiques de l'assiette des cotisations. La Cour a souhaité développer l'étude de l'assiette des cotisations.

A – Des cotisations assises sur le revenu professionnel

Constituée depuis la loi de janvier 1990 par le revenu professionnel déclaré (et non plus le revenu cadastral), l'assiette sociale devrait être plus facilement comparée avec l'assiette fiscale.

Entre 2001 et 2005, les cotisations émises ont augmenté en valeur nominale de 1,4 % mais baissé en termes réels de 6,4 %. Cette évolution s'explique par la diminution des bases taxables qui subissent l'impact de la diminution du nombre d'exploitations agricoles : sur cette période, elle a été de 9,1 %.

Toutefois, trois phénomènes ont permis de limiter l'érosion de l'assiette brute : la reprise des terres laissées par les départs, l'existence d'une assiette minimale et le déplafonnement des cotisations. Le mécanisme de l'assiette sociale minimale tend à faire contribuer les redevables de manière plus que proportionnelle à leurs revenus lorsque ceux-ci sont faibles. Il a été mis en place pour l'ensemble des branches du régime des exploitants, à l'exception des prestations familiales[402]. En outre, l'assiette des cotisations minimales d'assurance vieillesse a été portée de 400 à 600 SMIC. Enfin, la cotisation d'assurance maladie (AMEXA) a été déplafonnée. La tendance à la baisse de l'assiette brute des cotisations des exploitants devrait se poursuivre mais à un rythme ralenti : après 1,3 % de baisse en 2006, l'assiette devrait progresser de 1 % en 2007 et se stabiliser en 2008[403].

Le fait que les assiettes fiscale et sociale ne coïncident pas totalement rend malaisée la comparaison des déclarations fiscales et sociales de revenu. Les déductions et abattements au titre de l'impôt sur le revenu ne sont pas tous pris en compte dans l'assiette sociale et inversement. Or, depuis une dizaine d'années, les dispositifs spécifiques de minoration des assiettes fiscales et sociales se sont multipliés dans le

402. Dans tous les régimes existe une exigence de contributivité minimale pour avoir accès aux droits.

403. Source ministère de l'agriculture.

secteur agricole. L'inventaire non exhaustif qui suit illustre ce phénomène de mitage de l'assiette sociale.

B – L'insuffisance de l'assiette sociale

1 – Des dérogations non réglementaires pour le choix de l'assiette

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, l'assiette sociale est composée, soit de la moyenne des trois derniers revenus professionnels (n-3, n-2, n-1), qui permet un lissage des revenus, soit du seul revenu de l'année précédente (selon le choix de l'exploitant).

Deux dispositions permettent de limiter les risques de pertes d'assiette qu'un passage d'une assiette à l'autre pourrait provoquer : l'existence d'un délai impératif pour changer de régime (cinq ou six ans selon les cas) et l'application du régime annuel uniquement aux revenus perçus l'année suivant la demande de changement d'assiette. Cependant, le ministre de l'agriculture, répondant aux attentes fortes des professionnels, a demandé par lettres adressées aux caisses de MSA de déroger à plusieurs reprises à ces dispositions afin de prendre en compte les crises que traversent certains secteurs (cas en 2005 pour les viticulteurs et la filière arboricole et en 2006 pour les paludiers[404]).

Ces autorisations accordées à la MSA par le ministre de déroger au code rural sont illégales en ce qu'elles écartent l'application de dispositions réglementaires par simple courrier[405].

2 – Une imposition au forfait encore importante

Deux régimes d'imposition distincts perdurent dans le monde agricole : l'imposition au réel et celle au forfait collectif. L'articulation entre ces deux régimes repose sur un seuil défini par le code général des impôts : le régime du forfait collectif s'applique de droit aux exploitants agricoles dont les recettes sont inférieures à une moyenne de 76.300 euros mesurée sur deux années consécutives (article 69 CGI). En outre, les exploitations nouvelles relèvent du régime forfaitaire pour leurs deux premiers exercices. Cependant, seuls les exploitants individuels et les groupements agricoles d'exploitation en commun (GAEC) peuvent être

404. Lettres du ministre de l'agriculture au président du conseil d'administration de la CCMSA respectivement des 3 août et 4 octobre 2005 et du 10 juin 2006.

405. Cette pratique des lettres ministérielles a déjà été dénoncée par la Cour dans le rapport public annuel 2007, première partie, chapitre relatif aux aides nationales payées par l'OFIVAL et l'ONILAIT, p.41.

imposables au titre du forfait, la loi de finances pour 1997 ayant exclu les autres formes sociétaires.

Dans un contexte de baisse du nombre d'exploitations et d'entreprises, celles imposées au forfait collectif tendent à diminuer fortement par rapport à celles relevant du régime réel : d'après les chiffres de la CCMSA, elles ne seraient plus que 364 000, soit 42 % des exploitations assujetties aux cotisations sociales.

L'imposition au forfait collectif est basée sur les seules caractéristiques physiques de l'exploitation, par exemple pour les polycultures, la superficie des terres exploitées. Le chef d'exploitation doit établir, comme tout contribuable, une déclaration de revenus annuelle sur laquelle il déclare ne pas connaître ses revenus agricoles, car les forfaits agricoles sont publiés au journal officiel seulement au cours du deuxième semestre de l'année suivant la récolte. En fin d'année n+1, lorsque les forfaits sont établis par production, l'agriculteur doit faire une déclaration rectificative de revenu en appliquant aux éléments de consistance de son exploitation le montant du forfait. Cette obligation de déclaration apparaît cependant inutile puisque l'administration fiscale opère le même calcul et adresse un avis d'imposition à l'agriculteur.

Tout régime forfaitaire a tendance à minorer le niveau d'imposition. Ainsi, le ministère de l'agriculture a estimé en 2000 que le forfait conduisait à une sous imposition de 30 % par rapport à une imposition au réel. Le revenu professionnel étant désormais retenu pour le calcul des cotisations sociales, l'existence d'un régime forfaitaire conduit à diminuer l'assiette sociale et à réduire le montant des cotisations émises et recouvrées au profit de la protection sociale agricole.

Les professions agricoles sont attachées à ce régime qui leur procure une marge de négociation avec l'administration. Mais elles sont désormais les seules à bénéficier d'un régime forfaitaire d'imposition, les autres professions indépendantes relevant des régimes dits micro-réels pour les revenus les plus faibles. Différents projets de réforme de ce régime n'ont pas abouti en raison de l'opposition des professionnels et ce, malgré l'avis du conseil central de la MSA favorable à un abaissement du seuil d'imposition au forfait.

La Cour estime l'aboutissement de ces projets d'autant plus souhaitable que les coûts de gestion de l'imposition au forfait s'avèrent très élevés pour la direction générale des impôts (DGI) qui doit établir chaque année 891 comptes de polyculture et de cultures spécialisées et assurer le suivi des commissions départementales et nationales des impôts sur le chiffre d'affaires qui fixent près de 8 000 tarifs propres à chaque culture.

3 – Le régime réel et l'évasion par le biais de la forme sociétaire

Le régime réel est sujet à des phénomènes de pertes d'assiette sociale par le biais de la transformation d'exploitations agricoles en sociétés. Or, les formes sociétaires connaissent une croissance forte en matière agricole, puisqu'elles ne représentaient que 7% des exploitations en 1993, contre 32 % en 2005.

Des mesures récentes avaient d'abord permis d'encadrer ce phénomène. Ainsi la création d'une cotisation de solidarité par la loi de finances pour 2003 limitait la perte de recettes sociales consécutive au passage en société. Sa suppression par la loi d'orientation agricole du 5 janvier 2006, dans le but de favoriser l'investissement en agriculture, entre en contradiction avec la recommandation de la Cour visant à en augmenter le taux : il en résulte une perte de recettes pour le régime agricole et des difficultés pour suivre l'évolution des pratiques d'évasion sociétaire[406].

Cette évasion sociale emprunte de nombreux montages juridiques : il s'agit notamment des sociétés agricoles qui n'atteignent pas les seuils d'assujettissement, des sociétés associées de sociétés agricoles (les caisses de MSA ne peuvent appeler des cotisations ni sur les personnes morales interposées, ni sur les gérants non associés s'ils ne sont pas rémunérés), des gérants déclarant ne pas participer aux travaux, des associés non participant aux travaux dans les sociétés agricoles, des minorations de l'assiette sociale dans les sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés (minoration des revenus de gérants), enfin, des sociétés entre époux qui constituent un des montages sociétaires les plus fréquents.

Pour ces dernières, deux cas de figure sont principalement en cause :

- l'un des époux est associé majoritaire, donc non salarié agricole, l'autre est minoritaire et revendique un statut de salarié. Les bénéfices issus de la participation au capital de l'associé salarié échappent à l'assiette sociale ;
- l'un des époux est assujetti en qualité de non salarié agricole, l'autre est associé non participant, avec un fort pourcentage dans la répartition des bénéfices qui échappent à toute taxation sociale, alors qu'il bénéficie de la protection sociale au titre d'ayant droit.

406. Les revenus des associés non participants sont désormais considérés comme des revenus du patrimoine et sont soumis à ce titre aux prélèvements sociaux de droit commun.

La loi d'orientation agricole du 5 janvier 2006 a néanmoins entendu encadrer le développement des sociétés entre époux. Ainsi, elle oblige désormais les conjoints à opter pour un statut social et limite la durée de l'aide familiale à cinq ans.

Le ministère de l'agriculture et de la pêche a procédé en 2002 à une évaluation des pertes d'assiette correspondant aux membres associés non exploitants des sociétés de personnes. Selon le droit applicable au moment de l'étude, la cotisation de solidarité pour les associés ne participant pas aux travaux a été assise sur 223 M€ à comparer avec le bénéfice théorique maximal des 31 000 sociétés concernées, soit 881 M€. Compte tenu de la croissance très forte des formes sociétaires, et indépendamment de la suppression de la cotisation de solidarité, il serait souhaitable que le Parlement dispose annuellement, dans le cadre du débat budgétaire, d'une évaluation des pertes d'assiette liées aux formes sociétaires.

4 – Mesures ayant pour effet de réduire l'assiette sociale

Une autre cause de perte de recettes résulte des déductions qui affectent tantôt à la fois les assiettes fiscale et sociale, tantôt uniquement l'assiette sociale[407].

a) Déductions communes aux deux assiettes

Une déduction au titre des bénéfices réinvestis (déduction pour investissement -DPI-) a été instituée en 1986 pour les assiettes fiscales et sociales afin de favoriser l'investissement (article 72 D du CGI). En vingt ans, ce dispositif a connu une forte montée en puissance, en passant de 10 % du bénéfice avec une déduction maximale de 3 050 € (20 000 F) à 40 % du bénéfice avec une déduction maximale de 26 000 € (loi de finances pour 2004). Ce dispositif bénéficie à 50 000 agriculteurs pour une dépense fiscale de 170 M€ en 2005 et 2006 et 130 M€ en 2007.

Une déduction pour aléas a également été créée par la loi de finances pour 2002 pour les assiettes fiscale et sociale, afin de permettre aux chefs d'exploitation de déduire les primes d'assurance relatives aux dommages aux cultures ou à la mortalité du bétail. Les modalités de calcul de cette déduction sont identiques à la DPI. Cependant, son impact est pour l'heure jugé marginal, la direction de la législation fiscale évaluant à 200 le nombre d'agriculteurs qui en bénéficient.

---

407. Ne sont pas pris en compte ici certaines plus-values et déficits reportés des années antérieures qui entrent dans l'assiette fiscale mais non dans l'assiette sociale.

Les aides communautaires compensatoires au revenu versées dans le cadre de la politique agricole commune sont prises en compte dans le bénéfice réel imposable et dans l'assiette sociale. L'indemnité compensatoire de handicap naturel (ICHN), dont le but est de compenser les coûts supplémentaires de production engendrés par les handicaps naturels permanents subis par les exploitations des zones défavorisées, est prise en compte dans le calcul du bénéfice imposable pour les agriculteurs imposés au réel. En contrepartie, les coûts supplémentaires de production sont pris en compte dans les charges d'exploitation.

A l'inverse, pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole soumis au régime forfaitaire, l'ICHN n'est pas prise en compte dans le calcul des comptes type des exploitations dressés par la DGI (les charges liées aux contraintes géographiques particulières ne sont pas prises en considération dans ce cas).

La Cour ne peut que réitérer sa recommandation formulée dans le cadre du RALFSS 2005 visant à ce que l'ensemble des primes européennes soient prises en compte dans les revenus des agriculteurs au forfait.

b) Déductions et exonérations propres à l'assiette sociale

Plusieurs dispositifs sont relevés, notamment la prise en compte des déficits à leur valeur réelle dans le calcul de la moyenne triennale des revenus professionnels agricoles (loi du 10 février 1994 portant diverses dispositions concernant l'agriculture), y compris pour le calcul de la CSG (article 21 de la loi de finances pour 2001) ; les déductions de la rémunération implicite des terres mises en valeur (loi du 1er février 1995 de modernisation de l'agriculture, article 68), de la dotation d'installation en capital accordée aux jeunes agriculteurs et de l'indemnité versée en compensation de l'abattage de troupeaux.

Par ailleurs, de nombreuses exonérations de cotisations (on en dénombrait 31 en 2005) ont été mises en place dans le régime des exploitants agricoles, notamment en faveur des jeunes agriculteurs. D'un coût de 69 M€ (dont 61 M€ pour les exonérations proprement dites), elles sont prises en charge par l'Etat. Ainsi, si elles ne diminuent pas les ressources globales du régime agricole, elles en limitent cependant le financement contributif.

III - Des actions de recouvrement perfectibles

A – Le contrôle effectué par les caisses de MSA

Malgré les différences qui existent entre les assiettes fiscales et sociales, la possibilité dont bénéficient les caisses de MSA de demander des informations à l'administration fiscale constitue un moyen important de contrôle des déclarations sociales. La Cour a constaté que, dans les faits, ce dispositif est peu utilisé, voire méconnu. La suppression en 2001 de l'obligation de joindre l'avis d'imposition fiscal à la déclaration annuelle de ressources, qui pouvait constituer une alternative, n'en est que plus regrettable. En outre, le contrôle par la MSA de l'exactitude des surfaces déclarées pour l'établissement du forfait agricole, pourtant prévu par la COG, ne peut être mis en œuvre en raison de l'impossibilité technique de comparer les données détenues par la MSA avec celles des directions départementales de l'agriculture et de la forêt recueillies pour l'octroi des primes communautaires.

Cette situation aurait dû conduire à renforcer les contrôles d'assiette. La baisse du nombre de contrôleurs a, au contraire, amené les caisses à réduire celui des contrôles de 20 % entre 2001 à 2003 et même de 33 % pour l'assiette (hors contrôle de l'affiliation qui sont restés stables sur la période), mais le total des redressements notifiés est resté stable, en euros constants, à 36 M€. Les redressements notifiés en 2003 représentaient 0,30 % de l'assiette brute des exploitants (6,6 Md€) et, pour les salariés, 0,11 % de la masse salariale totale (14,9 Md€)[408]. Ces très faibles pourcentages et montants ne plaident pas en faveur des nouveaux assouplissements souhaités par la MSA.

Toutefois, le ministère de l'agriculture a voulu donner par le décret du 17 septembre 2002, précisé par la circulaire de février 2003, une impulsion nouvelle aux contrôles. Une approche plus ciblée a été mise en place et a permis d'améliorer le rendement des contrôles. Ainsi, en 2001, le redressement d'assiette pour les exploitants au forfait a porté sur 7,7 M€ pour 27 550 contrôles contre 8 M€ pour 6 221 contrôles en 2005, et respectivement 17,8 M€ pour 25 389 contrôles contre 22,5 M€ pour 21 544 contrôles pour ceux au réel. Le ministère de l'agriculture a exprimé sa volonté d'assurer un suivi de l'efficacité des services de contrôle.

---

408. Les redressements d'assiette au bénéfice des exploitants, qui en 2003 ont représenté 13,4 % des redressements en leur défaveur, viennent en déduction des recettes ainsi récupérées par le régime.

De son côté, le taux de recouvrement hors CSG a faiblement progressé de 89,1 % à 90,6 %[409], chiffre qui reste peu satisfaisant[410]. Les objectifs de la COG n'ont pas été atteints dans 25 des 68 caisses, ni globalement. L'analyse des restes à recouvrer en fonction de la taille, du secteur d'activité des entreprises ou des exploitations pourrait constituer une aide précieuse au pilotage de la politique de recouvrement. Cependant, la CCMSA n'est pas en mesure de les chiffrer.

Le respect par les agriculteurs de leurs obligations contributives est par ailleurs très inégal. Le ministère constate que le paiement des cotisations constitue une priorité pour les exploitants à faibles revenus, pour qui les prestations sociales ont une grande importance financière. Ainsi, la Bretagne figure ainsi parmi les meilleurs taux de recouvrement, malgré un revenu agricole déclaré en baisse (indice 78 en 2004 contre 91 en 2001). A l'inverse, des agriculteurs aux revenus plus élevés sont moins prompts à s'acquitter de leurs cotisations. On observe dans certains départements de faibles taux de recouvrement malgré des revenus au-dessus de la moyenne nationale (Bouches-du-Rhône et Var). Dans les régions du sud, à forte activité viticole, les exploitants ont une plus forte propension à invoquer des crises sectorielles et des aléas climatiques pour s'exonérer du paiement des cotisations. Ce non-paiement est parfois soutenu par des organisations qui siègent par ailleurs dans les conseils d'administration des caisses.

B – Le recouvrement forcé

La Cour a constaté le manque de rigueur de la MSA dans l'application des procédures de recouvrement forcé ainsi que la faiblesse des données statistiques nécessaires à leur suivi. En outre, les outils informatiques mis à la disposition des caisses sont insuffisants pour analyser et suivre les impayés.

Les COG successives ont été peu contraignantes tant en matière de gestion de l'assiette que du recouvrement. Quant aux pénalités de retard, si leur montant est relativement élevé -568 M€ notifiés aux exploitants en 2005- leur taux de recouvrement est faible (16,1 %) et en recul d'un point entre 2001 et 2005. Enfin, l'absence de règles formalisées d'engagement de l'action contentieuse entraîne d'importantes disparités de traitement entre caisses.

409. Le taux global avec CSG est de 94,84 % en 2005 contre 94,02 % en 2001.

410. Ces taux ne prennent pas seulement en compte l'encours de cotisations dues, mais également l'antérieur, à la différence des autres régimes de sécurité sociale.

C – L'aide au paiement des cotisations

Ce manque de rigueur dans le contrôle de l'assiette et le recouvrement des cotisations ne saurait se justifier par les difficultés conjoncturelles auxquelles la profession est régulièrement confrontée. Des mécanismes spécifiques ont en effet été mis en place pour aider au paiement des cotisations. Trois types d'aide existent : les échelonnements de paiements accordés par la MSA, les aides du fonds de solidarité des crises agricoles (FSCA) et celles du dispositif AGRIDIFF. Les aides de la MSA sont soumises à l'approbation des directions départementales de l'agriculture et de la forêt.

Le dispositif AGRIDIFF, dont la Cour avait critiqué l'illégalité dans un précédent rapport[411], a été pérennisé sur crédits du ministère de l'agriculture (7 M€ en 2005) et sur ceux du FSCA (4 M€), ce dernier étant financé par un prélèvement sur les réserves de la caisse centrale de MSA. Conformément à l'engagement figurant dans la COG 2006-2010, la LFSS pour 2007 a mis en place un mécanisme de prise en charge des cotisations des agriculteurs en difficulté en autorisant leur financement sur des crédits d'action sanitaire et sociale. Il reste que ce dispositif induit une certaine « nonchalance par rapport au non-paiement » dénoncée par différentes caisses.

D'autres aides ont été décidées par le ministère de l'agriculture, notamment le report de 431 M€ de cotisations en 2003, suite à la sécheresse, le coût induit en intérêts d'emprunts de trésorerie étant à la charge du BAPSA et de la MSA. Le taux de non-respect des échéances de report serait en moyenne de 5 % à 10 %, mais il a atteint 51 % dans l'Hérault et 59 % dans le Gard.

Au total, la Cour constate un manque de rigueur général dans le contrôle des obligations sociales des exploitants. Cette situation renforce les interrogations que soulèvent le mitage de l'assiette et les possibilités d'évasion permises par l'adoption du statut de société.

411. Ce dispositif déroge au principe législatif qui limite l'octroi de remises de cotisations par simple circulaire du ministre de l'agriculture aux seules créances de faible montant. Il repose sur une circulaire annuelle, signée jusqu'en 2004 par le ministère de l'agriculture et son contrôleur financier. Les circulaires 2005 et 2006 ont été signées par les ministres de l'agriculture et de l'économie, des finances et de l'industrie.

IV - Des gains de productivité nécessaires

A – L'organisation de la mutualité sociale agricole doit être reconfigurée

La MSA se compose d'une caisse centrale (CCMSA) et d'un réseau de caisses métropolitaines[412] en réduction mais encore en nombre excessif au regard des évolutions démographiques. Ces regroupements devraient se traduire par une diminution sensible des effectifs actuellement de 18 622 agents.

1 – Une définition extensive des ressortissants du régime

Les salariés agricoles sont définis de manière large. Outre les salariés travaillant sur une exploitation, sont rattachés à la MSA les employés de maison au service d'un exploitant agricole, les personnels enseignants des établissements d'enseignement et de formation professionnelle agricoles privés, les salariés des organismes de mutualité sociale agricole, des caisses de crédit agricole, des chambres d'agriculture ou des syndicats agricoles. En 2005, les salariés cotisants se répartissaient entre salariés des exploitations (pour 40 %), salariés de la coopération (17 %), salariés des organismes de service (26 %) et autres (17 %). En Ile de France, les principaux employeurs cotisants étaient en 2005 le Crédit agricole, Groupama, Yoplait France etc.

Il en résulte que le régime agricole inclut des salariés de professions éloignées des métiers agricoles et qui devraient normalement être rattachés aux caisses du régime général.

Ces extensions de champ, opérées par la loi, ont compensé la diminution historique des salariés d'exploitation et permis ainsi à la MSA de maintenir un réseau de caisses important. Le fonctionnement du régime étant financé par des cotisations complémentaires assises sur les revenus déclarés, sans la gestion d'une population significative de salariés, la MSA aurait dû depuis longtemps réduire le nombre de caisses.

La définition du non salarié agricole est également très large : à côté des exploitants, elle inclut des entreprises agricoles, des mandataires de sociétés d'assurance mutuelles agricoles, des artisans ruraux etc. S'agissant des exploitants, l'affiliation au régime suppose également que l'exploitation corresponde à une superficie minimale (demi-surface

412. Dans les départements d'outre mer, le régime agricole (salariés et non salariés) est géré avec le régime général par les caisses générales de sécurité sociale (CGSS).

minimale d'exploitation -SMI-) fixée au niveau départemental en fonction de la nature de la production. Entre ½ et 1/8ème de SMI, l'exploitant doit payer une cotisation de solidarité qui n'ouvre pas de droits dans le régime agricole.

Ces extensions, même si elles sont pour la plupart assez anciennes, ont eu pour effet, sinon pour objet, d'éloigner la perspective d'une réforme du réseau.

2 – L'effort de restructuration entrepris doit être activement poursuivi

La poursuite de la diminution de la population agricole va réduire le produit des cotisations complémentaires qui financent la gestion, certaines caisses consommant déjà leurs réserves pour compenser l'insuffisance de ces cotisations.

La récente convention d'objectifs et de gestion (COG) du 26 septembre 2006 a confirmé la restructuration du réseau qui passerait de 74 caisses en 2000 à 35 « entreprises » en 2010. Au 1er janvier 2007, la MSA avait réduit son réseau à 49 entreprises (14 caisses pluri départementales, 12 fédérations regroupant 29 caisses et 23 caisses départementales)[413]. Cet objectif a reçu une confirmation solennelle par l'ensemble des caisses lors de leur assemblée générale du 31 mars 2007.

Cet effort dont il faut reconnaître l'importance et la pertinence, ne s'est cependant pas encore traduit par des fusions complètes seules génératrices d'économies substantielles. Début 2007, le nombre de caisses locales était encore de 66 en métropole. Les rapprochements pluridépartementaux ou les fédérations de caisses non fusionnées ont eu pour effet, dans l'immédiat, d'ajouter des organismes pourvus de conseils et de moyens administratifs. Les fusions semblent parfois reportées jusqu'au départ en retraite du directeur ou la fin du mandat du président en exercice (v. infra les conséquences sur la productivité).

413. Il faut ajouter 14 associations régionales des organismes de MSA dont le rôle consiste à représenter la MSA au sein des unions régionales d'assurance maladie (URCAM) et des agences régionales d'hospitalisation (ARH).

B – La gestion des caisses de MSA doit être améliorée

1 – La productivité des caisses doit être accrue

a) Un encadrement budgétaire peu contraignant

Jusqu' en 2005, l'encadrement budgétaire du régime était limité, ce qui n'incitait guère à faire des gains de productivité. En effet, les budgets des opérations administratives étaient arrêtés chaque année par la tutelle sous forme de circulaires. Alors que le régime général doit financer l'augmentation significative de son activité avec des ressources relativement stables en euros constants fixées pour toute la durée de la COG, le régime agricole se voyait garantir, au-delà de l'évolution des prix, la prise en compte des deux tiers de l'évolution de l'activité. Or, en dépit de missions nouvelles, telles que la gestion d'un régime complémentaire de retraite et celle de l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles, le régime a connu une baisse d'activité liée à l'évolution démographique que les règles d'indexation budgétaire n'ont que partiellement reflétée.

La nouvelle COG 2006-2010 a innové en prévoyant, conformément au souhait de la Cour, des annexes cadrant les enveloppes financières annuelles destinées à la gestion, au contrôle médical, à l'action sanitaire et sociale et à la médecine du travail, activités financées par la cotisation complémentaire. Elle prévoit que les frais de personnel baissent en euros courants de près de 4 % sur la période, seulement un départ sur deux en retraite étant remplacé, ce qui devrait ramener les effectifs du régime à 17 190 en 2010.

b) La mesure de la productivité

La MSA participe au groupe de travail de benchmarking (parangonnage) créé en 2003 par la direction de la sécurité sociale et piloté par la CNAV. Son objectif est de déterminer et comparer des indicateurs communs de coût et de performance pour les branches maladie et vieillesse en vue de contribuer au partage des bonnes pratiques. La première série comparative diffusée mi 2006 au titre de la période 2002-2004 montre que la MSA ne se situe généralement pas en dehors de la moyenne des caisses qui alimentent la base de données. Mais elle apparaît rarement au meilleur niveau et a des difficultés à fournir les indicateurs préconisés en raison des limites de son système d'information et des contraintes particulières liées à son caractère multibranches.

Pour mesurer la charge de travail, la MSA disposait d'un indicateur unique synthétique calculé en unités de charges de gestion (UCG) reposant sur 21 indicateurs de base couvrant les branches principales et dont la consolidation tenait compte de leur poids respectif. Complexe et incomplet, il n'était plus utilisé pour déterminer les dotations budgétaires de chaque caisse. Ces défaillances sont à rapprocher des retards importants de réalisation des objectifs de la COG 2002-2005.

La Cour a calculé une perte de productivité du travail (indicateur synthétique des charges de gestion / effectifs ETP) de 4,1 % entre 1995 et 2004 résultant d'une baisse de production de 5,1 % et d'une baisse des effectifs ETP d'environ 1 %. Une autre approche, celle de la productivité financière qui compare la production du régime à ses coûts de gestion, conclut à une amélioration de 1 % entre 1998 et 2004, en dépit d'une baisse de la productivité apparente du travail de 7,2 %. Cela peut s'expliquer par la prise en charge par l'Etat d'une partie importante du coût lié aux recrutements consécutifs à la RTT[414]. Ainsi, les embauches nouvelles ont dégradé la productivité mais ont peu coûté au régime.

Depuis 2004 des progrès ont été accomplis et la nouvelle COG devrait permettre de les accentuer sous réserve que les conditions en soient réunies.

c) Les facteurs de progrès de la productivité

La COG de 2006 prévoit une baisse des effectifs de 7,7 % entre 2006 et 2010, pour une diminution non précisée de la population protégée, de 3,8 % de la charge de travail et de 4 % de la masse salariale, ainsi que des dépenses de fonctionnement administratif stables en euros constants. Cela suppose que des efforts soient faits dans plusieurs directions.

Le regroupement des caisses

Dans tous les régimes, il existe une corrélation assez forte entre la taille des caisses et leur productivité. Or, un écart de un à sept, en population couverte, demeurait entre la plus petite et la plus grande caisse Par ailleurs, les caisses dont l'activité augmente deviennent plus productives et inversement en raison de la relative inertie des moyens de gestion. Faibles jusqu'à maintenant, les départs en retraite devraient dans les années à venir favoriser l'adaptation des moyens à l'évolution de l'activité.

414. Selon la CCMSA, si l'on tient compte de la réduction du nombre d'heures travaillées, la productivité progresse de 8,5 % entre 1995 et 2004.

Les efforts de mutualisation entre les caisses ont d'abord porté sur l'informatique et les systèmes d'information dont la caisse centrale assure depuis peu de temps le pilotage, les développements et la gestion étant effectuées par cinq groupements de caisses locales pour le compte des caisses qui leur sont rattachées. Au-delà des systèmes d'information et des plateformes téléphoniques, la mutualisation des tâches est restée limitée à l'organisation de la formation et des achats, les restructurations ayant maintenu au sein de chaque caisse toute la palette des autres moyens techniques.

Les regroupements ne peuvent en effet être facteurs de gains de productivité que s'ils s'accompagnent d'une profonde réorganisation des caisses regroupées, rationalisant la gestion des activités support et spécialisant les sites de production[415].

La période de la nouvelle COG doit donc être mise à profit pour inciter les caisses locales à adopter des modes de gestion générateurs de gains de productivité. Mais cela suppose que la caisse centrale parvienne à imposer des directives à son réseau (v. infra). Le nouveau règlement financier mis en place en 2004 a prévu des incitations financières. Mais elles sont accordées sans distinguer selon qu'il s'agit d'une simple fédération ou d'une fusion de caisses et sans les relier aux efforts de réorganisation.

L'amélioration des outils

Jusqu'à une date récente, la forte décentralisation de la MSA avait débouché sur des bases de données locales et sur des systèmes d'information locaux, ce qui empêchait le regroupement sur un même site de tâches de production couvrant tout le territoire d'une caisse fusionnée.

Selon la CCMSA, la réalisation du plan informatique 2000-2005, que la Cour n'a cependant pas analysée, devrait constituer un atout important pour améliorer la productivité.

Par ailleurs, la nouvelle mesure de la productivité devrait être facilitée par un indicateur composite de charge d'activité établi sur la base d'indicateurs de production plus détaillés permettant de rapprocher les activités des dépenses de gestion correspondantes. Enfin, la COG prévoit d'achever la mise en place d'une comptabilité analytique et de créer un observatoire des coûts analytiques des différents types d'organismes.

415. Voir le chapitre V -les contrôles des COREC.

Le problème de la gestion déléguée

La Cour a déjà formulé l'hypothèse que la suppression, au profit des caisses de MSA, de la gestion déléguée aux assureurs privés pour les branches maladie et accidents du travail serait de nature à réduire les frais de gestion et à accroître la productivité du réseau. Au minimum, si elle devait être maintenue, la délégation de gestion devrait se faire sous le contrôle opérationnel de la CCMSA (v. infra), la concurrence entre les opérateurs, avancée pour justifier la situation actuelle, étant très théorique comme la Cour l'a démontré l'an dernier[416].

2 – Les contrôles doivent être développés

Ce n'est qu'en 2003, soit dix ans après le régime général, que l'obligation de mettre en place une démarche de contrôle interne a été appliquée à la MSA. De ce fait, la démarche de sécurisation des opérations des processus de production est toujours en cours de généralisation dans les caisses du régime. Il manque notamment un référentiel national de détection des risques, notamment de fraude, et de leur prévention.

Depuis 2004, les agents comptables des caisses sont chargés de conduire un nombre minimum de vérifications par sondage sur les prestations et les cotisations liquidées. Mais ce nombre, fixé au niveau national est faible (1 % des dossiers).

A la caisse centrale, une mission d'évaluation générale de la gestion des organismes a été créée pour vérifier les méthodes, procédures et moyens mis en œuvre par les caisses. Dotée de trois anciens directeurs de caisse et d'un ancien agent comptable, elle ne peut cependant être assimilée à un service d'audit interne, faute d'inclure des agents ayant la qualification requise.

La CCMSA ne peut donc pas auditer les processus de management des risques et les procédures de contrôle, qu'il s'agisse des procédures administratives ou des applications informatiques. La validation des comptes locaux par l'agent comptable national, en vue de la certification des comptes combinés du régime par un commissaire aux comptes, à partir de l'exercice 2008, nécessitera des progrès dans ce domaine.

Comme dans les autres régimes, le contrôle externe est exercé par les services de l'Etat (Cour des comptes, contrôle économique et financier de l'Etat, inspections générales ministérielles). Dans la COG 2006-2010, l'Etat s'est engagé à coordonner ses contrôles avec ceux de la caisse

416. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006, p. 247.

centrale, afin d'établir un rapport conjoint sur la mise en œuvre de la COG à mi parcours et en fin de période.

Enfin, les comptes combinés du régime et les comptes de la caisse centrale seront certifiés par un commissaire aux comptes à partir de l'exercice 2008. Cela supposera que soient mis à sa disposition des rapports d'audit établis par ses homologues des organismes assurant la gestion déléguée des branches assurance maladie et accidents du travail du régime des exploitants agricoles (assurée par le réseau APRIA-RSA).

V - Une tutelle à réformer

La caisse centrale de MSA ne dispose pas à ce jour des prérogatives, confiées désormais aux caisses nationales des autres régimes, lui permettant d'impulser les évolutions nécessaires à une amélioration de la productivité au sein du réseau. Le partage des compétences entre la caisse centrale et le ministère de l'agriculture doit de ce point de vue être profondément revu.

A – Le pilotage central doit être renforcé

Les caisses locales, notamment celles du régime général, étant juridiquement des mutuelles, le code de la mutualité leur était applicable de manière subsidiaire au code de la sécurité sociale. Cette référence obsolète a été supprimée par une ordonnance du 18 juillet 2005 tant pour le régime général que pour le régime social des indépendants (RSI). Cette réforme ne s'applique pas à la mutualité sociale agricole qui a toujours fonctionné davantage selon les principes mutualistes que selon le schéma en vigueur dans les autres régimes.

Les caisses locales de MSA sont administrées par un conseil qui rassemble les représentants des salariés, de leurs employeurs et des exploitants. Les 2030 administrateurs sont élus par 27 000 délégués qui composent les assemblées générales des caisses. Ces assemblées se font présenter les comptes et décident de l'affectation des réserves de la gestion administrative. Au plan local, les administrateurs suivent la gestion des caisses et les délégués assument un rôle de relais d'information auprès des assurés et des caisses.

Ce mode de gouvernance a un sens dans un secteur professionnel assez homogène et il semble donner satisfaction aux ressortissants du régime. Par contre, les conséquences qui en sont tirées pour le fonctionnement du réseau sont plus contestables.

C'est ainsi que dans le régime agricole l'autonomie des caisses locales est la plus forte et les pouvoirs de la caisse centrale et non pas nationale sont les plus réduits. Le conseil de la caisse centrale est l'émanation des conseils locaux, ce qui n'est pas le cas dans le régime général. Cette autonomie, très respectable et positive dans certaines limites et pour certaines activités, l'est moins quand elle conduit à freiner la performance globale d'un régime aussi fortement tributaire de la solidarité nationale.

Les textes applicables au régime ne constituent pas la caisse centrale en tête de réseau dotée des pouvoirs qu'ont les caisses nationales dans les autres régimes. A leur création, en 1967, les caisses nationales du régime général n'avaient pas davantage été dotées de pouvoirs sur leurs réseaux. C'est progressivement que la loi leur a transféré les missions d'élaborer les schémas directeurs informatiques, d'approuver les budgets votés par les conseils locaux, d'intervenir dans la nomination des directeurs et agents comptables et, s'agissant de la CNAMTS, de censurer des décisions non conformes à la COG. Enfin, la signature d'une convention d'objectifs et de gestion (COG) entre les caisses nationales et l'Etat les a rendues responsables du respect des objectifs par les caisses de leur réseau.

Si la caisse centrale n'est pas dotée de ces pouvoirs à l'égard des caisses locales, la signature d'une COG entre elle et l'Etat et sa déclinaison en contrats personnalisés d'objectifs et de gestion négociés avec les caisses locales sont cependant de nature à renforcer les capacités de pilotage de la caisse centrale.

Encore faut-il que la COG contienne des dispositions y conduisant, ce qui n'était pas suffisamment le cas des deux premières. La troisième, signée le 26 septembre 2006, prévoit le développement d'un dispositif national de pilotage et d'évaluation. Elle met l'accent sur la productivité et la maîtrise des coûts, la poursuite de la restructuration du réseau et le renforcement du rôle de la caisse centrale comme tête de réseau. Elle est en cohérence avec le plan d'action stratégique adopté par l'assemblée générale centrale le 22 juin 2006. Ce plan a en effet pour ambition de concilier la restructuration du réseau de la MSA avec le maintien d'un lien solide de proximité avec les assurés et le développement des services aux personnes. Il vise aussi à concilier un pilotage institutionnel plus centralisé avec l'autonomie de gestion des caisses. La caisse centrale s'est enfin engagée « dans le cadre de sa mission d'évaluation générale de la gestion à vérifier que les méthodes, procédures et moyens mis en œuvre par les organismes de MSA permettent d'assurer la bonne exécution de sa mission de service public et des engagements institutionnels » (engagement n° 87 de la COG).

B – La réforme nécessaire du rôle de la tutelle

La tutelle sur les caisses de MSA est exercée, outre le ministère du budget, par le ministère de l'agriculture. Cependant, le ministre chargé de la sécurité sociale signe la COG du régime agricole et contresigne les textes le concernant qui, bien que figurant dans le code rural, renvoient souvent au code de la sécurité sociale ou en dupliquent les articles. En effet, si le régime d'assurance vieillesse, l'assurance accidents du travail et le financement de la protection sociale des non salariés agricoles sont spécifiques, pour les prestations familiales et l'assurance maladie (prestations en nature) et pour de nombreuses règles de gestion, c'est le corps de règles du régime général ou du livre I du code de la sécurité sociale (commun à tout ou partie des régimes) qui s'applique.

La faiblesse des pouvoirs de pilotage de la caisse centrale sur son réseau va de pair avec une tutelle très présente et précise du ministère de l'agriculture. L'impossibilité, selon ce ministère, de déléguer plus de pouvoirs à la caisse centrale s'expliquerait par la délégation de gestion du régime aux assureurs privés qui place les deux réseaux -MSA et APRIA-RSA- dans une situation identique et concurrentielle. Il en résulterait que seul l'Etat peut contrôler la gestion des assureurs privés et donc élaborer des instructions s'adressant à tous les gestionnaires du régime.

Dès lors que la CCMSA intègre dans ses comptes les opérations des assureurs privés, elle devrait avoir à leur égard les pouvoirs dont le régime social des indépendants (RSI) dispose à l'égard des mutuelles et des assureurs gestionnaires de sa branche assurance maladie. Il n'appartient pas à l'Etat de passer une COG avec APRIA-RSA.

Cette conception extensive du rôle de l'Etat trouve son illustration dans les procédures mises en place pour assurer le suivi de la nouvelle COG. Ainsi, un comité d'évaluation examinera à mi-parcours puis au terme de la COG en 2011 un rapport conjoint de l'Etat et de la MSA qui sera ensuite transmis au Parlement. Ce comité sera composé de représentants des ministères, du Conseil économique et social et du centre d'analyse stratégique. Un tel comité ne paraît pas adapté à la fonction d'évaluation de la gestion d'un régime, au demeurant de taille restreinte. L'évaluation de l'exécution de la COG par un corps d'inspection ministérielle, comme c'est le cas pour les régimes soumis à la tutelle du ministère chargé de la sécurité sociale, suffirait à assurer l'impartialité dans l'appréciation du respect par les contractants de leurs engagements respectifs.

De même, la création du fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA[417]) en remplacement du BAPSA traduit le refus de l'Etat de transférer des compétences à la CCMSA. Les taxes affectées au fonds pour financer la protection sociale agricole auraient pu être versées directement à la caisse centrale, le Conseil constitutionnel ayant validé en 1998 le versement d'impôts à un établissement privé gérant un service public.

Le renforcement des pouvoirs de la caisse centrale, prévu par la nouvelle COG, doit conduire l'Etat à lui transférer des compétences, en cessant de justifier le statu quo par la délégation de gestion aux assureurs privés. La Cour rappelle que l'allègement des tâches des services de l'Etat et la responsabilisation des gestionnaires sont deux orientations fortes de la gestion publique.

CONCLUSION

L'importance des financements issus de la solidarité nationale justifie des efforts particuliers de la profession. Alors que tout au long des années quatre-vingt dix, des efforts importants ont été accomplis pour établir la parité des prestations du régime des exploitants agricoles avec celles des autres régimes de sécurité sociale, les mesures prises ces dernières années en matière de cotisations comme le manque de rigueur dans les contrôles et le recouvrement vont à rebours de la réalisation de cet objectif. L'assiette sociale, de préférence semble-t-il à l'assiette fiscale, tend à être utilisée comme un moyen d'amortissement des difficultés auxquelles les professions agricoles sont confrontées à intervalles plus ou moins réguliers. Le développement de l'évasion sociale et l'inégale culture contributive du milieu agricole constituent autant de facteurs qui minent de l'intérieur le régime des exploitants agricoles.

Par ailleurs, les caisses de MSA doivent progresser dans la recherche de gains de productivité et dans la mise en œuvre d'outils tels que le contrôle interne, l'audit interne et un système d'information permettant d'anticiper les évolutions au sein du régime. L'autonomie des caisses locales ne doit pas faire obstacle à la fonction de centralisation des données qui relève de la caisse centrale. La mise en œuvre de la nouvelle COG et la future certification des comptes du régime imposent des progrès importants dans le pilotage du régime. Ceux-ci ne pourront être obtenus sans une réforme profonde de la façon dont le ministère de l'agriculture assure la tutelle du régime.

417. Voir p. 50 du présent rapport.

RECOMMANDATIONS

42. Recentrer la tutelle de l'Etat en cohérence avec le renforcement des pouvoirs de la caisse centrale de MSA prévu par la COG 2006-2010.

43. Accélérer la restructuration du réseau de caisses afin notamment de dégager des économies de gestion et des gains de productivité.

44. Rétablir la cotisation de solidarité pour les associés de société afin de limiter les phénomènes d'évasion sociale.

45. Renforcer les contrôles d'assiette et mieux encadrer les pratiques de recouvrement des caisses locales.

46. Systématiser les échanges d'information entre la mutualité sociale agricole et la direction générale des impôts.

CONCLUSION GÉNÉRALE

En 2006, le déficit du régime général a été réduit à 8,7 Md€, contre 11,6 Md€ en 2005 ; celui de l'ensemble des régimes de base de 11 Md€ à 8 Md€ ; enfin celui des deux fonds de financement, FSV et FFIPSA de 3,4 Md€ à 2,6 Md€. Mais cette amélioration de la situation financière reste à la fois fragile et partielle.

Fragile, car elle repose sur le dynamisme des produits, lui-même fondé sur une conjoncture économique plus favorable, mais aussi sur les hausses de cotisation intervenues en 2006 et sur un montant élevé de recettes exceptionnelles (pour environ 2 Md€). En outre, si des inflexions ont été constatées en 2006 dans la progression des charges, cette amélioration ne semble pas se confirmer. Notamment, après une progression de l'ONDAM inférieure en 2006 à la progression du PIB en valeur, les prévisions pour 2007 témoignent d'une reprise de la dynamique des dépenses.

Cette amélioration est en outre partielle : en 2006, alors que la LFSS prévoyait une évolution des charges de retraite de 2,9 %, la progression a été de 4 %, hausse s'expliquant à la fois par l'impact des départs anticipés et par le faible report de l'âge de départ en dépit des mesures incitatives de la loi de 2003.

Les déficits des régimes et des fonds de financement restent ainsi à un niveau très élevé, conduisant à un nouveau report d'une partie significative du coût de la protection sociale sur les générations futures. Malgré la reprise par la CADES entre 2004 et 2006 de 50 Md€ de déficits de la branche maladie du régime général, le total des déficits des autres branches, des fonds de financement et de ceux prévus pour les prochaines années par l'annexe à la LFSS devrait dépasser 40 Md€ d'ici 2009.

La Cour souligne à nouveau la gravité de la situation financière de la sécurité sociale.

Elle rend cette année un premier avis « sur la cohérence des tableaux d'équilibre ». Bien que perfectibles, ces tableaux ont le mérite de faire apparaître plus clairement les écarts entre prévisions initiales, prévisions révisées et réalisations et de mettre en évidence les résultats cumulés des régimes et des fonds.

D'autres progrès de transparence sont nécessaires. La Cour a déjà demandé, l'an passé, que les deux fonds de financement, qui en définitive « masquent les vrais besoins des régimes et des branches[418] », soient supprimés. Elle renouvelle cette demande, en particulier pour le FFIPSA.

418. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006, p 343.

Elle demande également que soit adoptée une présentation consolidée du FSV avec la branche retraite.

Dans ce contexte de forts déficits, la Cour appelle à un redressement volontariste des comptes qui passe par la résorption des dettes de l'Etat, l'arrêt du mitage de l'assiette des cotisations et la recherche d'économies substantielles en matière de gestion et de prestations.

Les dettes de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale se sont accrues et génèrent des frais financiers croissants pour celle-ci. Leur inscription au bilan 2006 de l'Etat doit être suivie rapidement de mesures de paiement.

Dans le contexte de la situation fortement déficitaire de la sécurité sociale, la Cour a examiné les pertes de cotisations du régime général consécutives à des exonérations et réductions d'assiette. L'importance croissante de ces dérogations, pas toujours compensées par des affectations d'impôts, au principe général de taxation de tous les revenus acquis en contrepartie ou à l'occasion du travail, justifie que leurs finalités et leur efficacité soient réexaminées. Ces mesures créent des distorsions importantes entre les catégories d'entreprises bénéficiant des exonérations et entre les salariés bénéficiaires des revenus exonérés. L'élargissement de l'assiette des cotisations résultant de la réduction des exonérations permettrait soit de diminuer les taux au profit de toutes les entreprises, soit de générer des recettes nouvelles, notamment en supprimant ou en plafonnant les exonérations prévues pour les stocks options ou pour les indemnités de licenciement.

Une étude de même nature a été faite sur le régime agricole, largement subventionné par les autres régimes et par la solidarité nationale en raison de son fort déséquilibre démographique. La Cour en conclut que cette solidarité ne se justifie que pour autant que la profession assume ses responsabilités, ce qui impose de réduire les pertes de cotisations consécutives à une évasion sociale importante et de renforcer les contrôles de l'assiette et du recouvrement.

Du côté des dépenses, si la Cour ne considère pas que les économies pouvant résulter d'une meilleure organisation et d'une gestion plus performante sont de nature à résoudre les difficultés de financement de la sécurité sociale, elle attache cependant année après année une attention soutenue à la qualité, à l'efficacité et à l'efficience de la gestion. Tel est le sens du compte rendu des travaux des COREC et des contrôles qu'elle-même effectue dans le cadre du réseau d'alerte. De même, le rapport insiste sur la nécessaire évolution des modalités d'organisation et de gestion du régime agricole.

Au sein des dépenses de prestations, la Cour a procédé à un examen, aussi complet que possible, des aides publiques sociales et fiscales

accordées aux familles, afin d'en apprécier la cohérence et de déterminer les aménagements qui permettraient de renforcer l'efficacité de la politique familiale, à coût réduit ou inchangé. Elle en a conclu que des marges d'adaptation existent.

Elle s'est également livrée à un premier bilan partiel de la mise en œuvre de la loi de 2004 sur l'assurance maladie. Ses travaux ont porté sur deux volets importants de la réforme : la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie et la mise en place du parcours de soins coordonné. Les nouvelles structures issues de la loi et la redéfinition des compétences des divers intervenants constituent sans doute des mesures positives. Mais la Cour note que l'équilibre entre les principaux acteurs n'a pas encore été trouvé. Par ailleurs, la mise en œuvre du parcours de soins coordonné et du médecin traitant a été largement déléguée aux partenaires conventionnels, ce qui a conduit à faire prévaloir les préoccupations tarifaires des médecins et a débouché sur un dispositif tarifaire peu lisible et coûteux pour les assurés sociaux.

La Cour a resitué le parcours de soins dans une problématique plus vaste incluant une analyse de la démographie médicale et des revenus des médecins. Elle démontre que, bien qu'il n'y ait pas de pénurie globale de médecins, actuelle ou à venir, les difficultés prévisibles nécessitent une politique plus volontariste de répartition territoriale et entre spécialités, notamment au bénéfice de la médecine générale, en cohérence avec le parcours de soins et la nécessité de garantir l'accès aux soins. L'examen des revenus des médecins, incluant les effets de la nouvelle CCAM et l'importance des dépassements, montre, en dépit des limites importantes de la connaissance, qu'ils ont progressé de manière significative sans contrepartie suffisante du point de vue de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie.

La Cour a porté son attention sur la consommation et la prescription de médicament en ville, actualisant et complétant ses précédents travaux. Prenant acte du ralentissement de la dépense de médicament, la Cour observe que ce résultat ne permet pas à la France de se rapprocher des comportements de prescription en vigueur chez ses voisins et elle en explique les raisons. Elle démontre notamment que le développement des génériques et les déremboursements de médicaments expliquent l'essentiel du ralentissement, les gains attendus de la maîtrise médicalisée, c'est-à-dire de la modification du comportement des prescripteurs, étant beaucoup plus limités.

Les dépenses hospitalières ont retenu l'attention de la Cour sous deux aspects. L'examen des comptes des hôpitaux publics, auquel la Cour et les CRC ont procédé a mis en évidence que trop souvent la réalité des charges et des déficits est dissimulée, ce qui fausse l'appréciation de la

dépense hospitalière et de la charge que supporte l'assurance maladie. Par ailleurs, la forte croissance de la dépense de médicament à l'hôpital a conduit à examiner la politique d'achat des hôpitaux. Celle-ci a été jugée insuffisamment professionnelle face aux stratégies des laboratoires, dans un contexte de forte croissance de la liste en sus dont la responsabilité incombe au ministère.

Les travaux de la Cour montrent que les solutions actuellement retenues ne sont pas à la hauteur de la gravité de la situation financière de la sécurité sociale et de l'importance de son endettement.

La Cour estime que le retour à l'équilibre annuel des comptes sociaux doit constituer la priorité des pouvoirs publics.

A N N E X E

Liste récapitulative des recommandations

PREMIERE PARTIE
LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX EN 2006

RECOMMANDATIONS

Chapitre I – Les tableaux d'équilibre

1. Donner les moyens à la mission comptable permanente d'assurer sa mission de contrôle des comptes des régimes et organismes de sécurité sociale (recommandation réitérée).

2. Prévoir les modalités de transmission des tableaux d'équilibre tels qu'ils figureront dans la LFSS, au plus tard le 30 juin.

3. Apporter les ressources nécessaires au rééquilibrage du régime des exploitants agricoles et supprimer le FFIPSA. (recommandation réitérée).

4. Consolider le FSV avec la branche retraite.

Chapitre II – Les résultats et le financement des déficits des régimes sociaux

5. Apurer les dettes anciennes de l'Etat vis-à-vis des régimes sociaux.

6. Publier annuellement en annexe de la loi de finances la fourchette des durées d'amortissement de la dette de la CADES, qui constitue la base de calcul en cas de mise en œuvre de l'article 20 de la loi organique.

Chapitre III – L'ONDAM

7. Remédier aux incohérences qui affectent la lisibilité de l'ONDAM (terminologie, articulation entre sous-objectifs et objectifs).

8. Mieux expliciter dans les annexes du PLFSS les hypothèses qui fondent les prévisions de croissance de l'ONDAM et s'assurer de la faisabilité des économies prévues.

9. Mettre le plan de comptes des caisses et les retraitements des TCDC en adéquation avec la nomenclature détaillée de l'ONDAM, afin de mieux suivre l'évolution des dépenses des cliniques privées.

DEUXIEME PARTIE
LA GESTION DES RISQUES

RECOMMANDATIONS

Chapitre IV –La fiabilité des comptes des hôpitaux

10. Evaluer dès 2008 les effets de la réforme budgétaire de 2006 créant l'EPRD sur les pratiques comptables et la sincérité des comptes hospitaliers.

11. Etablir des référentiels nationaux représentatifs pour les coûts des différentes activités de l'hôpital afin d'inciter les EPS à développer leurs comptabilités analytiques.

Chapitre V – Les COREC

12. Elaborer des plans d'actions correctives pour les organismes de sécurité sociale ayant des performances jugées insuffisantes.

13. Pour les CGSS, établir un contrat pluriannuel de progrès pour les fonctions transversales et maintenir un contrôle périodique par les services déconcentrés de l'Etat.

Chapitre VI – L'assiette des prélèvements sociaux finançant le régime général

14. Compléter l'annexe 5 du PLFSS par une évaluation périodique de l'efficacité des différents dispositifs d'exonération des cotisations et contributions sociales au regard des objectifs assignés.

15. Réexaminer ou plafonner les exonérations de cotisations sociales appliquées à la plus-value d'acquisition des stock-options, aux déductions forfaitaires spécifiques dont bénéficient certaines professions et aux avantages de départ en retraite et de licenciement.

16. Aligner les taux et les assiettes des cotisations patronales famille et maladie du secteur public sur ceux du secteur marchand.

Chapitre VII – La nouvelle gouvernance nationale de l'assurance maladie

17. Transférer dans un document conventionnel entre l'Etat et l'UNCAM les dispositions relatives à l'organisation des soins intégrées pour l'instant dans la COG de la CNAMTS.

18. Recentrer les négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins sur leur objet initial de tarifs et de revenus.

Chapitre VIII – Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins

19. Réduire le nombre d'instances chargées des questions de démographie médicale.

20. Mettre en place des mécanismes de pénalisation financière complétant les dispositifs incitatifs existants afin de mieux répartir l'offre de soins sur le territoire et de préserver l'égal accès aux soins.

21. Poursuivre les transferts de compétences entre professionnels de santé.

22. Disposer le plus rapidement possible d'une connaissance fine des revenus des médecins libéraux entre le secteur1 et le secteur 2.

23. Mettre en place une analyse financière des sociétés d'exercice libéral.

24. Faire respecter l'objectif de neutralité financière initialement arrêté pour la CCAM en programmant des baisses de tarif en particulier pour les radiologues.

25. Réexaminer le dispositif des dépassements autorisés du secteur 1 qui engendre une grande part de la complexité de la tarification du parcours de soins coordonné.

26. Conduire sans tarder une réflexion sur l'articulation du paiement à l'acte et du paiement au forfait des médecins généralistes.

Chapitre IX – La dépense de médicament

27. Faire aboutir la réforme des critères d'admission au remboursement des médicaments et réviser de manière plus régulière la liste des médicaments remboursables, en permettant la prise en compte de critères médico-économiques dans les deux cas.

28. Renforcer l'implication des acteurs publics dans le domaine des études post-AMM et prévoir un mécanisme de sanction pour les firmes qui ne réalisent pas les études qui leur sont demandées ou qui les réalisent avec retard.

29. Renforcer la transparence des groupes de travail de l'AFSSAPS et instituer des délais maxima pour la communication de ses décisions.

30. Elaborer une base de données publique sur le médicament offrant une information exhaustive, indépendante, actualisée et d'accès gratuit.

31. Réduire le nombre de spécialités référencées à l'hôpital en développant l'information des acheteurs et des prescripteurs sur les

équivalences thérapeutiques. Mettre le sujet au programme de travail de la HAS.

32. Promouvoir auprès des hôpitaux les pratiques de référencement et d'allotissement les plus efficaces et doter les établissements d'une base de données sur les prix en s'inspirant de l'action des centrales de référencement.

33. Mettre à l'étude un dispositif de régulation prix/volume de la dépense en médicaments coûteux dans les établissements hospitaliers.

34. Resserrer les critères d'inscription sur la liste en sus des médicaments hospitaliers.

Chapitre X – Le partage des données entre les systèmes d'information de santé

35. Réduire le nombre d'opérateurs des systèmes d'information en santé et renforcer le pilotage stratégique par la tutelle.

36. Apporter sans tarder des solutions opérationnelles aux questions d'identification, de normes et de standard qui conditionnent l'interopérabilité.

Chapitre XI – Les aides publiques aux familles

37. Réexaminer les demi-parts dérogatoires attribuées dans le cadre du mécanisme du quotient familial.

38. Réexaminer l'exonération d'impôt sur le revenu des majorations de retraite pour enfants ainsi que de certaines prestations familiales sans condition de ressources.

39. Mieux prendre en compte la progression du coût de l'enfant avec l'âge dans les majorations des allocations familiales et dans l'allocation de rentrée scolaire.

40. Harmoniser le niveau de financement public des différents modes de garde.

41. Forfaitiser le supplément familial de traitement versé aux agents publics.

Chapitre XII – L'avenir du régime agricole

42. Recentrer la tutelle de l'Etat en cohérence avec le renforcement des pouvoirs de la caisse centrale de MSA prévu par la COG 2006-2010.

43. Accélérer la restructuration du réseau de caisses afin notamment de dégager des économies de gestion et des gains de productivité.

44. Rétablir la cotisation de solidarité pour les associés de société afin de limiter les phénomènes d'évasion sociale.

45. Renforcer les contrôles d'assiette et mieux encadrer les pratiques de recouvrement des caisses locales.

46. Systématiser les échanges d'information entre la mutualité sociale agricole et la direction générale des impôts.

REPONSES DES MINISTRES

Le projet de rapport a été adressé, en intégralité ou par extraits, aux personnalités suivantes, afin de recueillir leurs observations destinées à être insérées en annexe du présent document :

- Madame la ministre de l'économie, des finances et de l'emploi ;

- Monsieur le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique ;

- Madame la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports ;

- Monsieur le ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité ;

- Monsieur le ministre de l'agriculture et de la pêche.

Seules sont publiées en annexe de ce présent rapport les réponses signées par ces personnalités et parvenues à la Cour au plus tard le 12 septembre 2007 à 9 heures, date à laquelle les observations ont été définitivement arrêtées par la juridiction réunie en chambre du conseil

RÉPONSE COMMUNE DU MINISTRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ

DU MINISTRE DE LA SANTÉ DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

DU MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

Nous vous remercions de nous avoir communiqué le projet de rapport au Parlement de la Cour des comptes sur la sécurité sociale. Nous avons cette année encore accordé une grande attention aux observations et recommandations formulées par la Haute juridiction. Au delà des remarques techniques qui vous ont d'ores et déjà été communiquées, nous souhaitons revenir sur quelques uns des principaux points examinés par la Cour.

1) Nous tenons tout d'abord à insister sur le fait que l'année 2006 a vu une très nette amélioration des comptes sociaux. Le dépassement constaté de l'ONDAM ne doit notamment pas faire oublier que la cible fixée était particulièrement ambitieuse et que la progression des dépenses d'assurance maladie a été la plus faible enregistrée depuis 1999. Ce redressement montre la pertinence, globalement reconnue par la Cour, des efforts engagés dans le cadre tracé par la loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004, au travers de la régulation des dépenses de médicaments, du meilleur contrôle des indemnités journalières et de la mise en place du parcours de soins. S'agissant de la progression de 3,5 % en 2006 de l'ONDAM hospitalier, nous partageons l'analyse de la Haute juridiction et nous souhaitons souligner que les économies retenues comme hypothèses afin d'infléchir la progression tendancielle de l'ONDAM ne peuvent, en raison même de leur ampleur, se limiter à des gains d'efficience sur la gestion courante mais impliquent une recomposition structurelle de l'offre de soins.

Sur les écarts de coûts entre secteurs privé et public, les résultats attendus de l'étude nationale de coût commune (ENC), dont la méthodologie est désormais définie, nous permettront de clarifier ce débat.

Concernant les dépenses de la branche famille, la maîtrise annoncée des dépenses d'action sociale a été réalisée grâce au déploiement des contrats enfance jeunesse.

La Cour consacre une partie de son rapport à l'avenir du régime agricole. Nous partageons ses préoccupations relatives à l'ampleur des déficits cumulés du FFIPSA et sommes conscients de la nécessité de dégager des solutions durables à ce problème de financement. Divers rapports ont montré la difficulté de la tâche compte tenu de l'ampleur des déficits et des marges budgétaires actuelles. Cet enjeu de financement nous apparaît primordial avant de traiter la question de l'avenir du fonds en tant que tel. En tout état de cause, nous souscrivons pleinement à l'objectif formulé par la Cour d'amélioration de la productivité du réseau. A ce titre, nous rappelons que la convergence de l'efficience respective du régime général et de la MSA

est de ce point de vue engagée au travers de la convention d'objectif et de gestion ainsi que d'une comparaison approfondie des performances des organismes des différents régimes.

En ce qui concerne le FSV, qui a vocation à prendre en charge les avantages non contributifs de vieillesse, nous soulignons qu'il retrouvera l'équilibre financier en exercice dès 2008 du fait de la baisse du chômage. Selon les dernières prévisions, ses excédents devraient lui permettre d'éteindre sa dette actuelle à l'horizon 2012.

Nous souscrivons pleinement à l'exigence mise en avant par la Cour d'une clarification des relations financières entre la Sécurité sociale et l'Etat. La certification des comptes, conduite cette année pour la première fois tant pour l'Etat que pour la Sécurité sociale, a permis de recenser de façon exhaustive les dettes réciproques et a marqué une avancée qui doit être soulignée. Le Gouvernement a décidé d'en tirer toutes les conséquences, en procédant dès cette année à l'apurement de la dette contractée par l'Etat jusqu'à fin 2006 et en mettant en place, pour l'avenir, des règles de gouvernance évitant son renouvellement. Il veillera notamment à une programmation sincère des dotations budgétaires dont bénéficie la Sécurité sociale au titre des compensations d'exonérations ou des prestations versées pour le compte de l'Etat. Il répond ainsi aux recommandations formulées par la Cour.

Nous avons donc pris connaissance avec beaucoup d'intérêt des travaux approfondis de la Cour au sujet de l'assiette des prélèvements sociaux finançant le régime général. Nous sommes attachés à la garantie de ressources pérennes pour la Sécurité sociale, ainsi qu'à l'équité du prélèvement social. Toutefois, cette dernière peut encore être renforcée. C'est pourquoi nous souscrivons donc à l'idée formulée par la Cour d'un réexamen régulier de la pertinence de certaines exceptions au principe d'assujettissement aux cotisations de sécurité sociale et aux contributions de sécurité sociale des différents avantages en argent et en nature servis au travailleur en contrepartie ou à l'occasion du travail (« niches sociales).

Nous attachons la plus grande importance à la bonne information du Parlement et avons pris note des recommandations de la Cour à ce sujet, notamment en ce qui concerne la présentation des tableaux d'équilibre et de l'ONDAM. Aussi, et tout en gardant le souci d'apporter aux parlementaires une information qui soit maniable et lisible, les annexes au PLFSS seront complétées dès cette année, en particulier l'annexe 7 relative à la construction de l'ONDAM. Nous rappelons néanmoins que le recours à certaines conventions de présentation est inévitable.

S'agissant de la démographie des professionnels libéraux, nous partageons largement les constats et les orientations proposées par la Cour.

Nous faisons nôtres en particulier les recommandations sur l'amélioration du pilotage de cette politique de façon à éviter les à-coups,

notamment dans la formation des professionnels. A cet égard, nous signalons notre attachement à ce que le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) se mette effectivement en place fin 2007. Nous indiquons par ailleurs que le regroupement des questions de démographie et de formation au sein de la seule direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) est désormais effectif Nous partageons enfin le souhait d'une clarification des organismes chargés d'éclairer la décision sur les questions démographiques : l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), de par la qualité de sa production et de sa réflexion prospective, s'impose comme le référent principal sur ces sujets.

Nous faisons nôtre également l'accent mis sur la bonne répartition des professionnels plus encore que sur leur évolution quantitative globale : la diminution prévisible du nombre des médecins, bien que freinée à terme par les mesures d'augmentation du numerus clausus prises au cours des dernières années, accroît le risque de disparités géographiques plus fortes à l'avenir dans l'accès aux soins et notamment à un médecin. Même s'il est prématuré de tirer des conclusions définitives des mesures adoptées au cours des années précédentes, nous partageons le constat des limites des incitations financières pour favoriser les installations dans les zones en sous densité démographique et de l'intérêt de privilégier les mesures touchant à l'organisation des cabinets (regroupement par exemple) et de l'activité professionnelle. Nous sommes à ce titre également favorables à une révision des coopérations entre professionnels de santé et à un enrichissement des métiers et compétences des auxiliaires médicaux.

Nous considérons avec intérêt la préconisation de la Cour d'envisager des mesures de dissuasion de l'installation de professionnels dans des zones où ils sont déjà en sur densité. Cette préconisation rejoint la réflexion en cours au sein de certaines professions, notamment les infirmiers libéraux.

S'agissant des revenus des médecins auxquels la Cour consacre des développements très complets, nous sommes attachés à ce que la mesure de ces revenus et de leur évolution soit à l'avenir réalisée de manière plus complète et plus régulière. Il faut signaler sur ce sujet les récents travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dont les constats corroborent ceux de la Cour, ainsi que les différentes études de la Drees.

Nous souscrivons à la nécessité d'une vigilance constante sur le respect des règles d'opposabilité des tarifs, s'agissant des médecins conventionnés en secteur 1 et sur une évolution nécessaire des règles de dépassement tarifaire, de nature à freiner l'accès aux soins dans certaines régions et pour certaines spécialités. Nous considérons que sur ce sujet, la négociation conventionnelle, associant les organismes complémentaires, doit primer et devrait être engagée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Nous n'excluons pas l'intervention du législateur ou du pouvoir réglementaire notamment pour améliorer l'information préalable des

patients sur les tarifs et leur possibilité de recours en cas de dépassement abusif.

Nous souscrivons également à la préconisation de la Cour d'ouvrir une réflexion sur le mode de rémunération des médecins, notamment généralistes, et notamment sur l'introduction possible d'une part de rémunération forfaitaire et son articulation avec le paiement à l'acte.

8) S'agissant du médicament, nous partageons également l'essentiel des constats et réflexions de la Cour.

Nous souhaitons souligner notre souhait d'accroître la compétence médico–économique de la Haute Autorité de santé (HAS), dans le domaine du médicament et plus largement pour l'ensemble des actes et prestations soumis à l'appréciation de la HAS. Cette compétence doit s'exercer tout particulièrement pour améliorer l'appréciation et la connaissance par les praticiens des différentes stratégies thérapeutiques en fonction de leur coût. Nous souscrivons également à la nécessité d'un suivi plus précis, accompagné le cas échéant de sanctions, de la mise en oeuvre des engagements d'études post- AMM.

S'agissant des médicaments de la « liste en sus », nous sommes attachés à la pleine mise en oeuvre des dispositions de l'article 40 de la LFSS pour 2006, qui permettent de fixer pour les médicaments ou groupes de médicament un montant de dépenses au delà duquel le comité économique des produits de santé (CEPS) peut décider de baisses de prix ou de remises.

9) Concernant les développements que consacre la Cour aux aides publiques aux familles, nous partageons le constat fondamental de la Cour selon lequel la compensation du coût de l'enfant est actuellement globalement assurée de façon « raisonnable et équitable », tout en permettant une redistribution verticale qui réduit sensiblement la pauvreté des familles. La politique familiale de la France, fondée sur l'institution dès 1945 d'une branche famille au sein de la sécurité sociale, est ainsi justement saluée et doit être préservée. Nous partageons également le souci de mieux prendre en compte le coût de l'adolescent. En ce qui concerne les aides publiques, notamment fiscales, de compensation du coût de l'enfant, la révision générale des politiques publiques d'une part, et le rendez-vous sur les retraites de 2008 d'autre part, seront l'occasion d'un réexamen global et cohérent destiné à en améliorer à la fois l'équité et l'efficacité.

En ce qui concerne les aides à la garde d'enfant, nous soulignons que la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), prestation très appréciée par ses bénéficiaires et qui n'est sans doute pas sans relation avec l'amélioration sans précédent de la natalité dans notre pays, doit prendre fin en 2007. Nous avons également pris connaissance avec intérêt des développements sur le coût comparé des différents modes de garde. Nous souscrivons par ailleurs pleinement au souci de la Cour de lutter contre les éventuelles incitations au retrait du marché du travail. Là encore, la révision

générale des politiques publiques fournira l'occasion d'une mise au point de solutions adaptées et équitables.

Enfin, concernant le pilotage de la branche, nous souscrivons entièrement à l'idée formulée par la Cour de la création d'une instance sur le modèle du COR pour la branche vieillesse ou du HCAAM pour la branche maladie. Cette instance pourrait être installée dès l'année prochaine.

RÉPONSE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PÊCHE

Vous avez souhaité recueillir les observations du Ministère de l'agriculture et de la pêche sur plusieurs extraits du prochain rapport annuel de la Cour sur la sécurité sociale dont la publication interviendra en septembre 2007.

Les documents transmis sur lesquels vous sollicitez mes observations sont les suivants.

Le chapitre I du rapport : les tableaux d'équilibre

Le chapitre II : les résultats et le financement des régimes sociaux.

Le chapitre XII : l'avenir du régime agricole

Concernant le chapitre I et les évolutions divergentes soulignées par la Cour, entre les branches maladie et vieillesse du régime des non-salariés agricoles, l'évolution apparemment plus favorable de la branche maladie provient pour l'essentiel de la reprise de la provision pour arrêtés tardifs et activité du 4ème trimestre en dotation globale hospitalière, qui dégage un produit exceptionnel de 128 millions d'euros, dès lors qu'il a été décidé de ne plus retracer cette provision dans les comptes du FFIPSA à compter de l'exercice 2006.

A contrario, pour la branche vieillesse, la comptabilisation de la régularisation de compensation démographique résultant d'un recalcul de celle-ci pour l'année 2000 en raison du recours administratif de la Caisse des indépendants, vient alourdir les dépenses à hauteur de 75 M€.

Ainsi, avant prise en compte de ces éléments exceptionnels, les résultats pour la branche maladie s'établissent à –670 M€ pour 2005 et à –737 M€ pour 2006 et pour la branche vieillesse respectivement à –563 M€ et –568 M€. Il n'y a pas de divergence entre l'évolution de ces deux branches, qui va dans le même sens, mais plus rapidement pour la branche maladie en raison de l'augmentation des dépenses de santé .

Par ailleurs, la répartition des droits tabacs entre les deux branches est fonction des déficits de chacune d'elles, ce qui rend peu lisibles les évolutions après répartition de ces droits, d'autant qu'un produit à recevoir

exceptionnel de droits sur tabacs à hauteur de 475 M€ est venu abonder les recettes totales en 2006.

Compte tenu de ces éléments, la note de bas de page à la page 4 pourrait être rédigée ainsi :

« Le produit constaté en 2006 a ainsi été majoré, de manière non reconductible, pour un montant de 475 M€. »

Enfin, il est inexact d'écrire que le FFIPSA accumule des dettes à l'égard des organismes de sécurité sociale. Il s'agit en réalité d'une dette vis à vis d'un organisme prêteur, la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) n'intervenant dans le financement du découvert du FFIPSA que comme mandataire de ce dernier.

Le déficit du FFIPSA n'est pas lié à une mauvaise gestion du régime. Compte tenu de la structure démographique de la population agricole et de la faiblesse de ses revenus, les cotisations couvrent moins d'un cinquième des prestations. Le financement du régime est donc, principalement, un enjeu de solidarité nationale et interprofessionnelle. Or la nouvelle composition de ses recettes (substitution des droits sur tabacs, recette peu dynamique, aux anciennes recettes de TVA ; disparitions de l'affectation d'une part de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et de la subvention d'équilibre) ne permet pas de couvrir les dépenses.

Je souhaite réexaminer rapidement avec le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, dans le cadre de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale et du projet de loi de finances pour 2008, l'ensemble des pistes de financements afin de redresser les comptes de la protection sociale agricole et d'assurer la pérennité du régime tout en préservant la qualité de services rendus aux assurés et ses principes de gestion mutualistes.

Compte tenu des masses financières en jeu, le redressement complet ne pourra être que progressif et nécessitera de traiter différemment la question des flux (les déficits annuels à résorber) et celle du stock (la dette cumulée à apurer). Sur ce dernier point, le ministère de l'agriculture et de la pêche partage le souhait de la Cour quant à l'apurement de la créance du FFIPSA sur l'Etat qui résulte de la substitution du FFIPSA au BAPSA en 2005 et qui porte sur un montant résiduel de 662 M€. Ce reliquat de dette héritée du BAPSA, inscrit au bilan d'ouverture de l'Etat, devrait être pris en charge par le budget de l'Etat.

Par ailleurs, la suppression du FFIPSA, évoquée à plusieurs reprises dans les rapports de la Cour des Comptes, ne règlerait en rien le problème du déficit du régime de protection sociale agricole. Le FFIPSA a été créé, en tant qu'établissement public chargé du financement des prestations sociales des non-salariés agricoles, lors de la suppression du budget annexe des prestations sociales agricoles. Il permet de regrouper dans ses comptes, de

façon transparente, les différentes sources de financement de ce régime. Cette mission est distincte de la gestion des prestations et du recouvrement des cotisations qui sont assurés par la Mutualité sociale agricole.

La Cour rappelle ensuite le schéma de financement du FFIPSA et son articulation avec la CCMSA.

Pur compenser l'insuffisance de financement du FFIPSA, l'article L.731-6 du code rural dispose que : « le FFIPSA peut recourir à des ressources non permanentes dans les limites de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année ». Pour 2007, cette limite est fixée à 7,1 milliards d'euros (article 43 de la loi).

Afin de faciliter la montée en charge du FFIPSA, il a été décidé, dans le cadre d'une réunion interministérielle qui s'est tenue le 6 juillet 2005, de maintenir le dispositif antérieur concernant les emprunts de trésorerie. N'étant pas doté de la personnalité morale, le BAPSA ne pouvait pas emprunter les fonds nécessaires au financement du paiement des prestations et c'était la CCMSA qui contractait les emprunts correspondants dans le cadre d'une ouverture de crédits à court terme (OCC).

Depuis juillet 2005, deux conventions annuelles sont conclues entre le FFIPSA et la CCMSA. Au titre de la première convention annuelle, la CCMSA établit le cahier des charges de l'OCC et procède à la mise en concurrence des organismes de crédit. Cette convention de mandat confie donc à la CCMSA l'organisation de la mise en concurrence, la négociation avec les candidats, le choix des candidats retenus et la signature du contrat de prêt, le FFIPSA garantissant le remboursement de l'emprunt par une lettre de garantie. Au titre de la seconde convention annuelle, la CCMSA gère la trésorerie de la protection sociale agricole : elle est chargée de procéder auprès du syndicat bancaire aux demandes de fonds hebdomadaires ; ces fonds sont directement disponibles sur le compte bancaire de la MSA ouvert auprès du chef de file du syndicat bancaire ; le FFIPSA verse à la CCMSA les fonds lui permettant d'effectuer des remboursements d'emprunt et de payer les intérêts, les frais et commissions.

Dans son rapport au Parlement sur la sécurité sociale pour 2006, la Cour des comptes a considéré que le FFIPSA était une structure dont l'Etat a la responsabilité du rééquilibrage financier et qu'en conséquence, s'il ne reconnaissait pas son engagement à l'égard du FFIPSA, la CCMSA devrait provisionner sa créance sur le FFIPSA au risque de ne pas voir ses comptes certifiés.

La CCMSA ayant interrogé les administrations concernées (agriculture, sécurité sociale et budget) sur l'opportunité de l'inscription d'une provision pour créances douteuses de 3,3 milliards d'euros dans ses comptes 2006, celles-ci ont considéré que le FFIPSA était juridiquement l'emprunteur et que, même si c'est la caisse centrale qui a contracté l'emprunt en qualité de mandataire, les opérations sont neutres

financièrement pour elle puisque toutes les prestations sont payées et que les remboursements d'emprunts et des charges d'intérêts au prêteur interviennent après mise à disposition par le FFIPSA à la CCMSA des fonds correspondants.

Dans ces conditions, il est apparu que la comptabilisation par la CCMSA d'une dette financière propre en compte d'emprunts et d'une créance vis-à-vis du FFIPSA n'était pas appropriée, la CCMSA intervenant pour compte de tiers. Par conséquent, la constatation d'une créance de la MSA sur le FFIPSA n'a pas lieu d'être et comme il n'y a pas de créance il ne peut pas y avoir de provision pour créance douteuse. De ce fait, il a été recommandé à la CCMSA de procéder à une comptabilisation en comptes de tiers (et non pas en compte d'emprunt) permettant d'isoler les sommes reçues en exécution du mandat.

Afin d'éviter à l'avenir toute ambiguïté, les tutelles du FFIPSA souhaitent que le FFIPSA apparaisse clairement comme l'emprunteur dans l'ensemble des documents contractuels relatifs à l'OCC, dans l'hypothèse où la gestion de l'OCC continuerait à être déléguée au FFIPSA. Elles examinent également, en liaison avec les services du FFIPSA, les conditions d'une éventuelle gestion directe de l'OCC par le FFIPSA.

Le chapitre XII est entièrement consacré à l'avenir du régime agricole.

Dans la présentation générale, la Cour des comptes indique que les branches maladie-maternité et famille ne présentent pas, même pour les exploitants agricoles de spécificités. Il convient de rappeler sur ce point qu'en matière de prestations en espèces de maternité, d'invalidité-décès et d'indemnités journalières maladie des écarts demeurent, notamment en terme d'égalité de traitement et de parité, avec les autres régimes.

La Cour des comptes aborde dans la partie I la question du financement du régime des exploitants agricoles en soulignant l'importance du financement non contributif.

En 2005, l'effort contributif des non-salariés agricoles a représenté 17% des ressources totales du régime. Ce déséquilibre résulte à la fois de la situation démographique du régime (0,37 cotisant par retraité) et de la faiblesse de l'assiette sur laquelle sont calculées les cotisations, qui découle du niveau des revenus des exploitants dont les trois quarts sont inférieurs au SMIC. Les cotisations de 359 000 exploitants sont calculées sur une assiette réelle, cette assiette génère 82% du produit total des cotisations tandis que 176 000 exploitants ont conservé une assiette forfaitaire et payent 18% de l'ensemble des cotisations collectées par la MSA.

Plus de 80 % des ressources sont ainsi assurées par la solidarité interprofessionnelle, à travers la compensation démographique entre les régimes (34,5% des recettes et 5,6 Md€), et par la solidarité nationale via l'affectation d'impôts et de taxes (34,5 % et 5,6 Md€). Avec les autres

recettes (1,1 Md€), le total des recettes techniques s'élève à 15 Md€, niveau insuffisant pour financer l'intégralité des charges du régime qui a accusé un déficit de 1,3 Md€ en 2006 après 1,4 Md€ en 2005.

Le déficit cumulé du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) est évalué à 5,5 Md€ à la fin de 2007. Pour compenser cette insuffisance de financement, le FFIPSA peut recourir à des ressources non permanentes dans les limites fixées par la loi de financement de la sécurité sociale de l'année. Pour 2007, cette limite est fixée à 7,1 Md€.

Le ministère de l'agriculture et de la pêche considère que ce déficit n'est aucunement lié à une mauvaise gestion ou à une dérive incontrôlée des dépenses des assurés. L'effort contributif des exploitants agricoles n'est pas non plus en cause. Il s'agit bien d'un déficit structurel, qui tient à la nouvelle structure des recettes du régime et, notamment, à la substitution, par la loi de finances pour 2004 qui a créé le FFIPSA, de droits sur les tabacs aux recettes de TVA et à la subvention d'équilibre que percevait le BAPSA.

Sur la partie II concernant l'assiette des cotisations, le ministère de l'agriculture ne considère pas que l'effort contributif des exploitants agricoles soit inférieur à celui des autres professions.

Le régime des exploitants agricoles dépend très fortement des solidarités interprofessionnelle et nationale. De ce fait la question de la parité de l'effort contributif des exploitants par rapport aux autres cotisants se pose avec récurrence bien qu'il soit évident que le déficit annuel du FFIPSA qui représente 13 % des dépenses du régime, soit l'équivalent de 75% des cotisations et contributions émises ne peut être comblé par un relèvement de ces cotisations sauf à mettre en œuvre des prélèvements confiscatoires du revenu des agriculteurs.

Dans son rapport à la commission des affaires sociales du Sénat de janvier 2007, la Cour des comptes a indiqué que pour le financement contributif du régime, la parité des taux de cotisations de la MSA par rapport aux autres régimes est « plus ou moins vérifiée » selon les niveaux de revenus auxquels on se place.

Ce diagnostic prudent confirme celui émis en 2005 par une mission des trois inspections générales (agriculture, finances et affaires sociales) et en 2006 par le groupe de travail « Chadelat » qui n'ont pas conclu à une insuffisance de contribution des exploitants en raison de l'absence de consensus sur les modalités de comparaison des efforts contributifs. Le ministère de l'agriculture a toujours posé comme préalable à la mesure exacte de l'effort contributif, la nécessité de s'accorder sur une méthode de calcul et sur une assiette de revenus comparables.

La Cour des comptes considère par ailleurs que l'assiette des cotisations des exploitants est sous-évaluée principalement à cause du régime du forfait et de l'évasion sociétaire qui génèrent des pertes d'assiette.

Il convient de remarquer que les mesures qui ont contribué à réduire l'assiette ont été prises par nécessité. D'autres mesures vont dans le sens d'une amélioration du financement du régime des non salariés agricoles.

Ainsi, parmi les mesures induisant une réduction d'assiette, la suppression de la cotisation de solidarité des associés de société des personnes non participant aux travaux de l'exploitation, répond à un souci d'équité car une telle cotisation n'existe pas dans les autres secteurs et s'inscrit dans la volonté de modernisation visant à lever les freins à l'apport de capitaux extérieurs dans le cadre sociétaire et à faciliter l'investissement en agriculture. De même, l'exclusion de l'assiette des cotisations de la dotation jeunes agriculteurs répond à une volonté de favoriser l'installation en agriculture.

En revanche, des mesures induisant une amélioration de l'assiette ont été prises. Il s'agit notamment de la suppression du plafonnement de la cotisation d'assurance maladie (A.M.E.X.A.) des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, alors que dans le régime des indépendants ce plafonnement est maintenu. De plus, à partir de 2004, l'assiette servant au calcul des cotisations minimales d'assurance vieillesse (A.V.A. plafonnée et déplafonnée) a été portée de 400 à 600 SMIC alors que l'assiette minimum en vieillesse n'est que de 200 SMIC dans le régime des non salariés non agricoles.

Ces adaptations montrent bien le souci de préserver un financement du régime adapté aux capacités contributives des agriculteurs tout en recherchant les moyens de ne pas pénaliser la modernisation de l'agriculture.

En ce qui concerne l'option pour une assiette annuelle, la Cour note que des lettres ministérielles ont permis de déroger pour certains secteurs en crise aux règles concernant l'assiette sociale. Cette mesure ponctuelle, qui répond à des demandes fortes des professionnels ayant fait l'objet de résolutions du conseil central de la mutualité sociale agricole, n'a concerné que les viticulteurs et les arboriculteurs rencontrant d'importants problèmes de trésorerie du fait de la crise profonde de ces filières afin de les accompagner dans leurs efforts pour surmonter leurs difficultés.

En ce qui concerne les paludiers, la mesure dérogatoire pour l'assiette annuelle a été mise en place pour tenir compte des importants aménagements fiscaux qui ont été précisés par le ministère du budget au mois de mai 2006 et dont les intéressés ne pouvaient avoir eu connaissance dans les délais réglementaires de l'option, soit avant le 30 novembre 2005.

En ce qui concerne le forfait, la Cour souhaite la réforme de ce mode d'imposition dont elle considère qu'il tend à minorer le niveau d'imposition et conduit donc à réduire l'assiette sociale d'autant qu'il ne tient pas compte de certaines aides notamment l'indemnité compensatrice de handicap naturel (ICHN). Le forfait est un bénéfice net moyen qui est censé tenir compte de toutes les charges et de tous les produits de l'exploitation, y compris les

primes PAC. Une exception est faite uniquement pour l'ICHN dont la non prise en compte est compensée par la non déduction de charges spécifiques liées aux contraintes géographiques, ce qui revient à une opération neutre.

En ce qui concerne l'évasion sociale résultant de l'augmentation des exploitations sous formes sociétaires, la Cour déplore la suppression de la cotisation de solidarité des associés de sociétés dont elle avait préconisé le relèvement du taux.

La suppression de la cotisation de solidarité des associés de sociétés répond au souhait du Gouvernement de favoriser l'investissement en agriculture. Il est apparu que cette cotisation spécifique au secteur agricole a constitué un véritable frein à l'apport de capitaux extérieurs en agriculture. En effet, aujourd'hui, l'installation d'un jeune agriculteur nécessite des apports aussi bien en matériel qu'en foncier d'une importance telle qu'il devient indispensable d'avoir recours à des apports extérieurs. Ces apports sont réalisés dans le cadre des formes sociétaires qui permettent ainsi à des personnes non participant aux travaux de faciliter l'installation des jeunes et notamment de ceux qui ne sont pas issus du milieu agricole.

Toutefois, pour éviter l'évasion sociale liée à l'installation en société de deux conjoints, la loi du 5 janvier 2006 a prévu que tout conjoint participant aux travaux doit nécessairement choisir un statut, celui de conjoint collaborateur, salarié ou chef d'exploitation (co-exploitant). Cette mesure tout en améliorant les droits des conjoints contribue également à limiter des risques d'évasion sociale dus à la création de société entre époux, principale source de cette évasion.

Le ministère de l'agriculture et de la pêche n'a pas de remarque majeure à formuler sur la partie III concernant le recouvrement des cotisations sociales agricoles qui reprend pour une large part les constats et observations issus de l'évaluation finale de la convention d'objectifs et de gestion 2002-2005 de la MSA, que la DGFAR a réalisée.

Il y a lieu de constater des progrès encore insuffisants des niveaux d'encaissement tout en précisant que sur la période de la COG 2002-2005, 58 % des organismes de MSA ont enregistré une progression de leur niveau d'encaissement en cotisations sur salaires et 75 % en cotisations des exploitants. Ces évolutions sont à souligner en regard d'un contexte économique peu favorable avec la canicule de 2003, la crise structurelle d'envergure de la viticulture et des revenus agricoles globalement orientés à la baisse.

L'évolution des taux nationaux de la MSA, par ailleurs, pâtit des faibles performances d'un nombre limité de caisses. Dès lors, l'amélioration du taux de recouvrement implique une mobilisation de ces organismes et la mise en place de plans d'actions énergiques bénéficiant du soutien des conseils d'administration, des équipes de direction et de la tutelle.

Les observations de la Cour en matière de pistes d'amélioration du recouvrement forcé sont également partagées par le ministère de l'agriculture et de la pêche.

Dans la partie IV la Cour aborde la question de la productivité du réseau des caisses de MSA.

Elle signale en premier lieu l'affiliation de salariés éloignés des professions agricoles à la MSA (Crédit agricole, Groupama, Yoplait), et observe qu'avec l'apport de ces salariés la MSA a reculé les perspectives de la restructuration de son réseau. Il convient de rappeler en premier lieu que les règles d'affiliation sont déterminées par la loi. La mutualité agricole au sens large a une histoire commune, qui se perpétue au sein de la confédération nationale de la mutualité de la coopération et du crédit agricoles. Cette histoire commune de la MSA, des assurances mutuelles agricoles, de la coopération et du crédit agricole explique que la loi a de longue date prévue l'affiliation de l'ensemble des salariés de ces secteurs à la MSA sans qu'il faille y voir un objectif particulier visant à différer les nécessaires évolutions du réseau de la MSA.

En matière de productivité la Cour reconnaît le mérite de la MSA d'avoir engagé la restructuration de son réseau mais considère que ce processus ne s'est pas encore traduit par des fusions complètes et des économies substantielles. Le plan d'action stratégique adopté en juin 2006 par l'assemblée générale centrale de la MSA a fixé des objectifs ambitieux de restructuration avec un nombre total national de 35 caisses fusionnées au 31 décembre 2010 (en 1995, il y avait 85 caisses). Depuis 2001, 9 fusions[419] de caisses ont été réalisées. Il est donc inexact d'affirmer que cet effort de restructuration ne s'est pas encore traduit par des fusions complètes.

Pour la période antérieure à 2006, la Cour considère que l'incitation budgétaire à la recherche de la productivité semble avoir été moins forte dans le régime agricole que dans le régime général. La Cour note que jusqu'en 2005, les budgets étaient égaux à ceux de l'année précédente majorée de l'inflation hors tabac et des deux-tiers de la variation d'activité. Elle omet de

---

419. Caisse Limousin (Creuse Corrèze et Haute-Vienne : fusion au 1/01/2005)
Caisse MOS (Orne-Sarthe elles-mêmes fusionnées en 1995 et Mayenne : fusion en avril 2005)
Caisse Touraine (Indre-et-Loire et Loir-et-Cher : fusion en avril 2005)
Caisse Cœur-de-Loire (Cher et Loiret : fusion en avril 2005)
Caisse Lorraine (Lorraine elle-même fusionnée en 2000 et Moselle : fusion avril 2005)
Caisse Franche-Comté (Doubs, Haute-Saône /Territoire-de-Belfort et Jura) (fusion avril 2005)
Caisse Sud-Champagne (Haute-Marne et Aube) (fusion avril 2005)
Caisse de Bourgogne (Côte d'Or, Nièvre et Yonne (fusion 1er janvier 2006)
Caisse Tarn-Aveyron-Lot (fusion début 2007)

signaler que l'activité de la MSA étant en baisse, le taux d'évolution des crédits budgétaires de gestion administrative était, mécaniquement, inférieur à l'inflation.

Comme l'indique la Cour, la nouvelle COG datée du 26 septembre 2006 a mis l'amélioration de la productivité au cœur de ses préoccupations. La COG prévoit le non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux, un taux d'augmentation de la rémunération moyenne des personnels en place (RMPP) de 2,80% sauf pour 2007 où cet indicateur atteint 4% pour permettre la révision quinquennale de la classification des emplois et aborder la nouvelle étape de restructuration du réseau (35 caisses en 2010 au lieu de 66 actuellement) dans un bon climat social. Au total, en euros constants, la masse salariale devrait baisser de 4 % entre 2005 et 2010.

La Cour estime que la période de la nouvelle COG doit être mise à profit pour inciter les caisses à adopter des modes de gestion générateurs de gains de productivité.

Le ministère de l'agriculture et de la pêche partage cette préoccupation. Il estime comme la Cour que les économies concernant les fonctions de production (prestations, cotisations) sont subordonnées à la spécialisation des sites (déjà réalisée dans plusieurs caisses pluridépartementales) ce qui nécessite une réorganisation du travail, des outils informatiques adaptés et la mobilité du personnel. La fusion en cours des bases de données départementales des caisses devrait faciliter la spécialisation fonctionnelle des différents sites à une échelle pluridépartementale. Elle permettra d'accompagner les mesures engagées dès 2004 de non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux. Sa mise en œuvre suppose que la caisse centrale puisse, dans le cadre d'une gouvernance renforcée du réseau proposer aux caisses locales un modèle d'organisation des services permettant de concilier gains de productivité et qualité du service.

Concernant les assureurs privés la Cour affirme que la suppression de la « gestion déléguée » à ces assureurs pour les branches maladie et accidents du travail serait de nature à réduire les frais de gestion et à accroître la productivité.

Le ministère de l'agriculture et de la pêche rappelle que les sociétés d'assurances, qui participent aux assurances maladie et accidents du travail des exploitants agricoles, ne tirent pas leur responsabilité de gestion d'une délégation de la MSA mais de la loi. Il s'agit d'opérateurs de la protection sociale agricole à part entière. Depuis la création du régime de l'AMEXA en janvier 1961, le législateur a posé le principe de la liberté du choix de l'assureur et a ouvert aux assureurs du code des assurances mais aussi aux mutuelles, aux côtés des organismes de MSA, la gestion de cette branche. Ce principe, justifié par la place de l'assurance privée avant la création du régime obligatoire maladie des exploitants, est désormais fortement enraciné

dans le système de protection sociale agricole et a été réaffirmé lors de la création de l'assurance ATEXA en 2001. En outre, le caractère révocable de ce choix est de nature à engendrer une émulation entre les gestionnaires dans la qualité de service rendu.

Toute remise en cause de ce principe de libre choix devrait en outre être assortie, en vertu de l'article 17 de la Déclaration des droits de l'homme, d'un dispositif d'indemnisation des sociétés d'assurances dès lors que la loi opérerait un transfert d'assurés et donc de clientèle des sociétés d'assurances. Un tel dispositif d'indemnisation des sociétés d'assurances a été prévu par la loi n° 72-965 du 25 octobre 1972 instituant l'assurance des salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, gérée par la MSA, et qui a mis fin à un système d'assurance privé. Outre le versement d'une compensation du préjudice subi, la loi précitée avait également prévu le reclassement des personnels des entreprises d'assurances dans les caisses de MSA.

Compte tenu de ces contraintes, la réduction des frais de gestion découlant de la suppression suggérée par la Cour de la liberté du choix de l'assureur est hypothétique.

De même, le ministère de l'agriculture ne partage pas l'approche de la Cour des comptes selon laquelle la MSA intégrant dans ses comptes ceux des assureurs privés, elle devrait pouvoir contrôler ces assureurs et conclure, comme le fait le régime social des indépendants avec les organismes conventionnés, une convention d'objectifs et de gestion.

Il convient d'observer que le régime général intègre dans ses comptes les opérations du régime des salariés agricoles de la MSA sans pour autant que cette opération soit assortie d'un pouvoir de contrôle et de contractualisation.

Le ministère de l'agriculture et de la pêche et APRIA-RSA ont engagé par ailleurs une réflexion sur l'instauration d'une démarche partenariale de pilotage du réseau APRIA-RSA qui sera prochainement consacrée par un contrat entre l'Etat et les assureurs privés. Dans ce contrat seront transposés les objectifs et les engagements de la MSA pour les gestions AMEXA et ATEXA tels que prévus dans sa convention d'objectifs et de gestion 2006-2010. Cette démarche permettra d'homogénéiser les objectifs de qualité de service concernant les assurés de la MSA et des sociétés d'assurances et d'en améliorer l'efficacité et les performances.

Dans la partie V, intitulée « une tutelle à réformer », la Cour y indique que la CCMSA ne dispose pas des prérogatives confiées aux caisses nationales des autres régimes et que cette insuffisance de pilotage de la caisse centrale est contrebalancée par une tutelle trop présente et précise du ministère de l'agriculture.

Les caisses de mutualité sociale agricole sont nées de la fusion en 1962 des caisses d'assurance sociale agricoles, d'assurance vieillesse agricole et d'allocations familiales agricoles. Elles ont conservé de ces origines un fort esprit mutualiste nourri des principes de solidarité, de responsabilité et de démocratie et un attachement solide à l'autonomie de gestion. Dans ces conditions, les prises de décision intéressant l'ensemble du réseau nécessitent l'émergence d'un consensus qui n'intervient qu'à l'issue d'un dialogue approfondi dans les instances locales et nationales.

Concernant le rôle de la caisse centrale, il convient d'observer que les textes en vigueur ne confient pas à la CCMSA des prérogatives lui permettant d'imposer aux caisses locales des évolutions auxquelles, collectivement, elles n'adhèreraient pas.

Le conseil d'administration de la CCMSA est composé de membres désignés en son sein par son assemblée générale, elle-même composée de délégués des conseils d'administration des caisses locales. Les administrateurs des caisses locales sont élus par les délégués cantonaux, eux-mêmes élus par les personnes relevant du régime.

Forte de cette légitimité élective, la CCMSA est chargée notamment de représenter le réseau auprès des pouvoirs publics, de faciliter l'exercice des attributions des caisses, de procéder aux opérations de compensation des charges et de répartition des recettes dans les conditions fixées par un règlement de financement adopté par l'assemblée générale centrale des élus de la MSA. Enfin, elle est chargée de conclure avec l'Etat une convention d'objectifs et de gestion qui fait l'objet d'une déclinaison sous forme de contrats pluriannuels de gestion négociés entre la CCMSA et chacune des caisses de mutualité sociale agricole.

Le ministère de l'agriculture et de la pêche considère que le rôle confié à la caisse centrale par la loi en matière de contractualisation notamment pour améliorer le service aux usagers ou pour fixer les objectifs liés à la gestion des caisses est un outil déterminant de pilotage de l'ensemble du réseau dans le cadre d'une démarche contractuelle de modernisation. C'est l'outil le mieux adapté pour homogénéiser les performances des caisses et promouvoir le meilleur service au meilleur coût aux assurés sans qu'il soit nécessaire de modifier l'équilibre des pouvoirs entre les caisses locales, la caisse centrale et la tutelle.

La Cour estime que le ministère de l'agriculture exerce sur le régime agricole une tutelle très présente et précise, alors qu'en ce qui concerne le régime général, depuis 1994, de nombreuses tâches de pilotage ont été transférées aux caisses nationales.

Certaines de ces évolutions ont été transposées au régime agricole. Ainsi, le contrôle de l'Etat sur les projets informatiques et bureautiques des organismes de mutualité sociale agricole (autres que le contrôle du schéma directeur informatique effectué par le ministre) a été supprimé depuis 2001.

En revanche, les budgets des caisses de MSA restent soumis à l'approbation de l'autorité compétente de l'Etat et le ministère de l'agriculture fixe dans une circulaire budgétaire annuelle le cadre des autorisations budgétaires. Il convient cependant d'observer que si l'Etat contrôle les budgets des caisses locales, les critères auxquels ces budgets doivent se conformer sont très largement concertés entre la DGFAR et la CCMSA.

Le ministère de l'agriculture et de la pêche est convaincu que ses relations avec les caisses doivent évoluer et passer d'une démarche purement tutélaire à une optique partenariale de pilotage du réseau de la MSA. Il ne s'agit plus seulement de veiller à la régularité des gestions administratives et techniques et de la comptabilité, ce qui demeure nécessaire, il faut en outre améliorer la qualité du service public, son efficacité et ses performances, et cela au meilleur coût.

Dans sa critique des modalités d'exercice de sa tutelle sur le régime par le ministère de l'agriculture et de la pêche, la Cour glisse un commentaire sur la création du FFIPSA, en considérant que celle-ci traduirait la volonté de ne pas confier à la CCMSA la plénitude des missions d'une caisse nationale. Elle sous-entend que la mission dévolue au FFIPSA aurait pu être confiée à la CCMSA puisqu'il est possible d'affecter des taxes à un établissement privé gérant un service public. Le ministère de l'agriculture et de la pêche considère que, dans un contexte où les financements non contributifs sont largement majoritaires, la mission consistant à assurer le financement des prestations sociales des non-salariés agricoles est nettement distincte de celle consistant à gérer ces prestations et à recouvrer les cotisations correspondantes. L'élargissement des compétences de la CCMSA au financement des prestations sociales des non-salariés agricoles aurait impliqué une profonde modification de l'organisation de la tutelle sur cette caisse qui aurait dû conformer son fonctionnement à celui d'un établissement public et voir ses dirigeants nommés par décision ministérielle.

Au total, si le ministère de l'agriculture et de la pêche partage l'avis de la Cour sur les nécessaires évolutions de la MSA compte tenu des contraintes démographiques auxquelles elle est soumise, il lui apparaît aujourd'hui préférable de mener ces évolutions au moyen des outils de concertation que sont la convention d'objectifs et de gestion et les contrats pluriannuels de gestion. La démarche contractuelle que constituent la COG et les contrats personnalisés d'objectifs et de gestion, en développant une culture de l'excellence au service des assurés, sont les outils appropriés pour amener les caisses locales à améliorer conjointement qualité de service et productivité avec l'appui de la caisse centrale et du ministère de l'agriculture. Cette démarche doit permettre à toutes les caisses de MSA de réussir collectivement cette mutation en préservant les caractéristiques originales de l'institution. Le ministère de l'agriculture et de la pêche sera cependant particulièrement vigilant sur la nécessaire réussite de cette démarche, qui

conditionne la continuité du système actuel et de ses apports pour les usagers de la protection sociale agricole.

RÉPONSES DES ORGANISMES

PREMIÈRE PARTIE – LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX EN 2006

Chapitre I
Les tableaux d'équilibre

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAVTS)

Ainsi que nous l'avons déjà indiqué dans notre réponse au projet de rapport de certification des comptes du régime général, la CNAVTS est en désaccord avec la Cour quand elle préconise un rattachement du FSV au périmètre du régime général, dès lors qu'elle considère que cette absence de rattachement fausserait l'image donnée par les comptes de la CNAVTS.

Il ressort des textes instituant le FSV que ce dernier a pour mission de prendre en charge les avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale et non le financement de certains régimes d'assurance vieillesse comme le mentionne la Cour.

La philosophie qui a guidé le législateur, lors de l'élaboration de la réforme de 1993 et les textes instituant le FSV conduisent la CNAVTS à considérer que le FSV n'est pas un démembrement institutionnel des régimes de sécurité sociale et que le rattachement préconisé aux comptes desdits régimes n'est pas légitime. La CNAVTS considère qu'elle ne porte pas de responsabilité dans la dégradation de la situation budgétaire et financière du FSV et que cette responsabilité incombe à l'Etat qui n'a pris aucune mesure particulière pour assurer l'équilibre financier du Fonds, qu'il a lui-même contribué largement à fragiliser, à partir de 2001, en réallouant certaines recettes au détriment de sa mission première et en mettant à la charge du Fonds des dépenses auparavant financées par le budget de l'Etat.

L'Etat a toujours fait valoir à la CNAVTS qu'il n'y avait pas de risque de non apurement des créances de la CNAVTS sur le FSV, compte tenu d'abord du dispositif d'apurement prioritaire des dettes du fonds, ensuite d'une perspective de retour à l'équilibre en 2008 et enfin, de l'élaboration d'un plan d'apurement des dettes à l'égard de la CNAVTS au cours des années suivantes.

Enfin, l'information sur la situation financière du FSV est déjà contrôlée par le Parlement qui vote désormais les tableaux d'équilibre du FSV. Distinguer le résultat du FSV de ceux des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse permet d'assurer une lisibilité des financements. Une inscription dans l'annexe aux comptes de la Branche Retraite ne nous semble

pas de nature à clarifier l'information financière sur le FSV et à répondre à l'objectif de transparence poursuivi.

Chapitre II
Les résultats et le financement des régimes sociaux

RÉPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE (ACOSS)

Le paragraphe relatif aux plafonds d'avances autorisés en 2006 indique que l'augmentation du plafond est « la conséquence directe de l'absence de mesures de redressements ». Des mesures de redressements ont bien été prises en 2006, ce qui a contribué à améliorer le résultat comptable sur cette année. Cependant, tant que la variation de trésorerie demeure négative, et en l'absence de reprise de dettes, le solde de trésorerie ne peut que s'aggraver. En 2006, la variation de trésorerie est demeurée négative mais le niveau de cette variation s'est amélioré de 5,5 Md€ par rapport à l'année précédente. En effet, avant reprise de dettes, la variation de trésorerie est passée de –16,9 Md€ en 2005 à –11,4 Md€ en 2006 rend compte de l'amélioration conjoncturelle mais aussi de l'impact des mesures de redressement. Le graphique relatif à l'évolution 2005-2006 du niveau mensuel moyen de la trésorerie traduit d'abord le fait que la trésorerie s'est dégradée en 2005, amenant à ce que la trésorerie en 2006 démarre d'un point plus bas qu'un an auparavant.

RÉPONSE DU FONDS DE FINANCEMENT DES PESTATIONS SOCIALES DES NON SALARIES AGRICOLES (FFIPSA)

Le FFIPSA en vertu de l'article L. 736-6 du Code rural est autorisé à recourir à des ressources non permanentes dans les conditions prévues au 5 du 1 de l'article L0 111-3 du code de la sécurité sociale, sans qu'il soit nécessaire de demander à la CCMSA de procéder à un emprunt dont le montant autorisé en 2006 était de 7,1 Md€. La saisine de la direction des affaires juridiques (DAJ) du Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie faite par les trois administrations de tutelle a conclu que « la CCMSA, agissant par représentation, devrait respecter les règles applicables aux établissements publics administratifs, ce qui peut soulever de sérieuses difficultés pratiques », la solution « naturelle » consistant dans la gestion directe de l'emprunt par le FFIPSA.

D'autre part, la DGCP saisie a confirmé : qu'un « tel dispositif ne devait être mis en place que dans des cas très limités car il s'agit de déléguer à un tiers une compétence qui appartient à la puissance publique ; il peut être mis en place que lorsque l'établissement public ne peut exercer lui-même

cette mission ». Qu'en agissant en tant que mandataire du FFIPSA, la CCMSA « ne serait pas habilitée à mouvementer le compte ouvert au nom de l'agent comptable de l'établissement dans les écritures de CALYON ».

La DGCP conclue qu'il « semblerait plus opportun que le FFIPSA gère les emprunts directement », comme cela devrait être le cas pour l'OCC 2008.

Chapitre III
L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

Le rapport fait état d'un « l'objectif d'économie sur les transports ramené à un montant de 38 M€ [au lieu des 90 M € annoncés supra]. Les postes pour lesquels les défauts de réalisation sont les plus conséquents sont notamment les transports pour lesquels aucune économie n'a pu être réalisée ». Il convient toutefois de noter que la réalisation de cette économie sur la prise en charge des frais de transport était subordonnée au respect d'un référentiel de prescription, paru au JO le 30/12/2006.

De même, le tableau « maîtrise médicalisée – économies attendues et réalisées » ne présente pas une évaluation correcte des économies réalisées en 2006. En effet comme la CNAMTS l'a indiqué dans son rapport sur les « Propositions sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2008 » en annexe 7, le montant des économies réalisées s'élève à 581 millions d'€ soit près de 75% du montant des économies attendues (73,5% exactement soit dans un rapport très légèrement supérieur au constat de l'année 2005 avec un taux de réalisation de 72,2% du montant des économies prévues).

S'agissant enfin des facteurs de croissance des remboursements d'actes d'infirmiers, le texte fait référence à un facteur explicatif unique : l'augmentation du nombre de professionnels de santé exerçant en secteur libéral. Une étude récente de la CNAMTS permet de mettre en évidence des facteurs complémentaires liés à la demande d'actes infirmiers : les patients en ALD expliquent l'essentiel de la croissance des remboursements: 89% de la croissance des montants AMI et 95% de la croissance des montants AIS. Si les taux de croissance des remboursements des actes AIS et AMI sont proches en 2006, respectivement +7,3% et +7,0%, les facteurs de croissance sont différents d'un poste à l'autre : la croissance des remboursements d'actes d'AIS est la résultante de la croissance de la patientèle et notamment de la clientèle ALD, tandis que la croissance des remboursements d'AMI est plutôt la conséquence de l'intensification moyenne des actes par patient.

DEUXIÈME PARTIE – LA GESTION DES RISQUES

Chapitre IV
La fiabilité des comptes des hôpitaux

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL D'ORLÉANS

Je vous prie de bien vouloir trouver, ci-après, divers éléments susceptibles de vous éclairer dans le domaine spécifique de la constitution de provisions et plus précisément dans le registre des créances douteuses.

Depuis de nombreuses années, le montant des créances irrécouvrables admises en non-valeur progresse pour atteindre un pic de 4 M€ en 2003, que le centre hospitalier régional d'Orléans, depuis lors, à réussi à stabiliser. Il est clair que ce risque aurait dû et devrait être provisionné.

L'établissement n'a pu réaliser les provisions nécessaires pour [deux] raisons au moins :

1/ Les résultats d'exploitation

Ceux-ci étaient déficitaires jusqu'en 2003, ce qui rendait impossible la constitution de provisions, et à compter de 2003, les résultats deviennent positifs et permettent d'apurer les déficits d'exploitation antérieurs, voire de constituer des provisions, certes non affectées aux créances douteuses mais à un fonds de compensation des résultats comme cela a été le cas en 2005, par exemple.

2/ Les nouvelles provisions

A compter de 2002, dans le cadre de la réglementation sur la réduction du temps de travail, est apparu le compte épargne temps, que l'établissement a correctement provisionné, au détriment peut-être, des créances douteuses ; Il est vrai que ce choix de provisionner le CET n'a pas été fait dans tous les centres hospitaliers.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER D'ÉTAMPES

L'insertion devant figurer dans le prochain rapport annuel de la Cour sur la sécurité sociale appelle, en ce qui concerne l'exemple d'absence de provisions pour créances douteuses donné par le centre hospitalier d'Etampes (Essonne), les observations suivantes :

- effectivement, le solde des créances irrécouvrables fin 2004, s'élevait à 1,3 M€ et aucune provision n'était enregistrée à ce titre, en raison,

non seulement de la situation déficitaire de l'établissement, mais aussi de la réglementation de l'époque qui encadrait les dépenses hospitalières dans une enveloppe limitative de crédits indépendamment de l'évolution des besoins.

- la modification de la réglementation comptable et budgétaire des hôpitaux à partir de 2006, avec la mise en place des EPRD (états prévisionnels des recettes et des dépenses) a permis une présentation sincère des comptes et l'inscription de provisions pour créances irrécouvrables : 85 000 € en 2006, 50 000 € en 2007, correspondant au montant des admissions en non valeurs estimées pour chaque exercice.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE CHALON SUR SAÔNE

Ce projet appelle de ma part, les observations suivantes :

1/ <u>Les charges reportées sur l'exercice suivant</u>

Les charges à imputer au compte 6728 "autres charges sur exercices antérieurs" sont des charges dont à la fin de l'année précédente l'ordonnateur était normalement dans l'impossibilité de connaître le montant. Eu égard aux sommes en jeu, il évident que l'imputation à ce compte, plutôt qu'au compte 6721, a eu pour cause l'insuffisance des crédits budgétaires". Cette situation n'est, en aucun cas, imputable à une quelconque méconnaissance de la réglementation ou des mécanismes comptables par le personnel de l'hôpital ou du poste comptable. Le conseil d'administration et la tutelle sont informées des résultats réels déficitaires par la direction".

2/ <u>La taxe sur les salaires</u> :

Je précise que la taxe sur les salaires restant due est à ce jour, au titre de 2004 1,8 M€ -au titre de 2005, 3,5 M€**,** soit un total de 5,3 M€. Depuis le 1er janvier de 2006, cette taxe est payée ce qui a été rendu possible par une amélioration des recettes liée à la T2A et à une dotation de rebasage non reconductible à ce jour, qui a été accordée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation au titre de 2006.

RÉPONSE DU CENTRE HOSPITALIER DE LA COTE BASQUE

La Cour affirme que « les résultats comptables sont dépourvus de sens »; elle note que « les pratiques relevées par les CRC sont diverses mais aboutissent toutes à fausser le résultat et le bilan des EPS ». Elle prend l'exemple du centre hospitalier intercommunal de la Côte Basque pour lequel la non prise en compte des reports de charges et des admissions en non valeur conduit à des résultats excédentaires alors que les comptes retraités par la CRC sont déficitaires.

La réglementation comptable ne permet pas de faire figurer dans le compte administratif les dépenses faisant l'objet d'un report de charges ainsi que les admissions en non valeur non apurées. Certes le principe du

rattachement des charges à l'exercice considéré est clairement posé par la M21. Et ceci est tout à fait représentatif de la situation budgétaire du centre hospitalier de la Côte Basque pour lequel l'insuffisance structurelle de crédits ouverts à la classe 6 largement admise par tous, crédits faut-il le rappeler de nature limitative, n'a pas permis de mandater la totalité des dépenses régulièrement engagées au titre de l'exercice pour assurer le fonctionnement de l'établissement.

Ce d'autant que le centre hospitalier de la Côte Basque ne disposait d'aucune provision susceptible de faire l'objet de reprises pour alimenter les comptes budgétaires concernés sauf celle du compte 158, constituée à partir des dotations spécifiques de l'ARH pour financer la restructuration de l'hôpital, mais que nous nous sommes toujours interdits de reprendre pour financer des dépenses d'exploitation. L'établissement se conformant ainsi aux engagements contractés avec l'ARH et confirmés par circulaire ministérielle.

Il est vrai par conséquent que le résultat, tel qu'il apparaît au compte administratif, en application des règles comptables ne peut pas faire apparaître les reports de charges. Il ne peut s'agir de la conséquence d'une pratique aléatoire mais de la seule application des instructions comptables. Il en va de même pour les admissions en non valeur qui techniquement ne peuvent impacter le résultat d'un exercice (ceci étant modifié aujourd'hui avec I'EPRD) même si elles figurent dans le bilan et dans le compte de gestion du receveur. Il est donc exact que le Centre Hospitalier de la Côte Basque a connu le paradoxe consistant à présenter des résultats légèrement excédentaires, alors que les reports de charges s'accroissaient d'un exercice à l'autre.

En revanche, il est capital de souligner que si le résultat comptable est dépourvu de sens, il ne peut être le fruit d'une absence volontaire de sincérité. En effet, le CHICB s'est toujours attaché à rendre public le montant des reports de charges et le montant des admissions en non valeur.

Enfin, il convient de souligner que la situation financière de l'établissement a depuis très sensiblement évolué. Exercice 2005 : excédent à affecter de 870 207 € avec résorption complète des reports de charges au titre des exercices antérieurs, solde des créances irrécouvrables de 1 023 684 € et mandatement de la prime de service de l'année sur l'exercice. Exercice 2006 : résultat de l'exercice excédentaire pour un montant de 795 712 €, sans report de charges, avec paiement de la prime de service sur l'exercice et solde du compte des créances irrécouvrables de 929 379 €.

Chapitre V
Les contrôles des COREC

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

La CNAMTS a précisé sa position sur les différents points soulevés par l'insertion

1- Sur l'avis défavorable formulé sur les comptes 2005 de l'UGECAM ALPC

La mutualisation des équipes de direction des UGECAM du Centre d'une part et d'Auvergne Limousin Poitou-Charentes (ALPC) d'autre part a permis de réduire les coûts de fonctionnement de l'UGECAM ALPC et d'engager un transfert de compétences au profit de cette dernière. Les dysfonctionnements relevés par le COREC sont antérieurs à cette mutualisation et sont en voie de règlement.

S'agissant de la mise en oeuvre de la démarche de contrôle interne, il convient de rappeler que la démarche initiée en 1995 pour les CPAM et les CGSS n'a pas fait l'objet de déclinaisons dans les UGECAM. En effet, l'essentiel de la démarche s'articulait sur les contrôles obligatoires définis au niveau national sur le champ des prestations. Cette approche traduisait la volonté de conjuguer deux procédures similaires et souvent développées en parallèle : la certification et le contrôle interne. Or, les UGECAM et leurs établissements sont engagés dans une autre démarche, obligatoire depuis 1999 : l'accréditation conduite par l'ANAES puis la Haute Autorité de santé. C'est dans ce cadre que les UGECAM se sont attachées à répondre aux exigences du manuel d'accréditation relatives à l'organisation de la qualité et à la gestion des risques. La mise en œuvre d'un plan de maîtrise des risques formalisé et commun au treize UGECAM figurera d'ailleurs au rang des objectifs 2006-2009 actés dans les contrats pluriannuels de gestion.

2- Sur la démarche de mutualisation

La CNAMTS a engagé en 2006 une démarche de mobilisation du réseau pour développer les actions de mutualisation entre organismes dans l'optique d'améliorer l'efficience globale de la branche. Par lettre-réseau en date du 05 septembre 2006, elle a invité chaque région à proposer avant la fin de l'exercice des projets de mutualisation. Ceux ci ont été déterminés suite à un diagnostic local permettant d'identifier les processus (supports et métiers) à mutualiser prioritairement. Des expérimentations sont programmées dès 2007 dans toutes les régions. Les délais sont un peu longs car s'agissant de modifications de fonctionnement ayant des conséquences sur les conditions de travail, les instances représentatives du personnel doivent être consultées. De plus, faisant l'objet d'un avenant au CPG, ces projets doivent être portés à

la connaissance des conseils. Hormis quelques opérations, l'ensemble du dispositif sera stabilisé au 4ème trimestre. Un observatoire de la mutualisation est constitué afin de porter à la connaissance de tous les acteurs les projets pertinents et d'en faciliter la généralisation.

3- Sur la situation particulière rencontrée par les CGSS de Guadeloupe et de Guyane

Les différents audits réalisés au sein de ces deux organismes ont confirmé le diagnostic opéré à travers le dispositif de suivi mis en place par la caisse nationale. Ainsi, il a été décidé d'intégrer en 2006 aux contrats pluriannuels des CGSS de Guadeloupe et de Guyane un objectif relatif à l'élaboration d'un plan de redressement intégrant un calendrier volontariste et des indicateurs précis. Ainsi, les deux CGSS concernés ont d'ores et déjà réalisé des progrès notables en matière de gestion du risque : Le taux de prescription des génériques de ces deux caisses dépasse les objectifs locaux et se rapproche de l'objectif national (69,2 % pour la Guyane et 68,9 % pour la Guadeloupe). Ces résultats sont d'autant plus intéressants qu'en 2005 le taux de prescription de la Guyane n'était que de 46,2% et celui de la Guadeloupe de 51,7 %. La prescription des arrêts de travail semble enfin maîtrisée avec une baisse de 3,9 % pour la Guyane et de 14% pour la Guadeloupe contre des augmentations de dépenses en 2005. Les prescriptions de statines ont baissé et dépassent les objectifs fixés. Les montants remboursés d'antibiotiques enregistrent de fortes baisses (-9,4 % pour la Guyane et -16,9 % pour la Guadeloupe).

4- Pour les CGSS : fusionner les gestions budgétaires des branches et établir un contrat pluriannuel de progrès pour les fonctions transversales

Jusqu'en 1997, les budgets des CGSS étaient gérés pour les 4 branches (maladie - AT/MP, vieillesse, recouvrement, et agricole) par la CNAMTS. Dans le prolongement des dispositions de l'ordonnance n° 96–344 du 24 avril 1996 relatives aux conventions d'objectifs et de gestion conclues entre l'Etat et les organismes nationaux, il est apparu nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle procédure. Celle-ci conforte également la séparation individuelle de la trésorerie par branche. Les CGSS gèrent des budgets spécifiques pour chacune des branches. Les budgets portent sur la totalité des dépenses (fonctionnement, investissement), les charges communes étant réparties par clés forfaitaires. La gestion des budgets séparés ne supprime pas la nécessité d'une concertation régulière et d'une information réciproque entre les branches par des suivis infra annuels. Ainsi une circulaire commune informe les CGSS des taux d'évolution des principales rubriques de dépenses (GVT, revalorisation des autres comptes de fonctionnement…).

La proposition d'établir un contrat pluriannuel de progrès pour les fonctions transversales est intéressante. Il convient de noter néanmoins qu'une concertation existe déjà par le biais de la circulaire ministérielle du 09 septembre 1997 et au travers de la mission de coordination inter- branches

créée en décembre 2005 par les différentes caisses nationales (CNAMTS, CNAVTS, ACOSS et CCMSA). Cette dernière a notamment pour mission de développer les coopérations entre les branches, notamment sur les fonctions support et transversales (gestion des ressources humaines, informatique, comptabilité analytique). Depuis le début de l'exercice 2007, on peut citer le suivi budgétaire mis en place tant au niveau des effectifs que des dépenses du personnel et de fonctionnement. Les caisses générales doivent renseigner mensuellement un tableau comportant pour l'ensemble des branches et par branche, la dépense exécutée à la fin de chaque mois et les dépenses prévisionnelles au titre de l'exercice. Il en est de même des mouvements d'effectifs en CDI et en CDD.

5- Sur le suivi des organismes en difficulté par la CNAMTS

Depuis plusieurs années, la CNAMTS a mis en place un dispositif de suivi des caisses à travers un suivi hebdomadaire des soldes de feuilles de soins et des délais de remboursement. Depuis 2006, ce dispositif a été largement complété. Un nouveau tableau de bord plus conforme aux grands défis du projet d'entreprise et de la COG a été mis en place.

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

La convention d'objectif et de gestion 2005/2008 prévoit dans son article 25 "l'unité de la branche dans le département et le regroupement de certains organismes". S'agissant de l'unité de la branche dans le département, la CNAF est en mesure de faire état de l'installation au sein de tous les départements où existent plusieurs caisses, "des instances de concertation et de coordination entre organismes infra départementaux" prévues à l'article 25 de la COG. S'agissant du regroupement des organismes infra départementaux, le conseil d'administration de la CNAF du 12 juin 2007 a pris la décision de faire évoluer le réseau vers une caisse par département à l'horizon 2011. Il s'est également prononcé en faveur du renforcement des solidarités et coopérations entre organismes, pour une mise en oeuvre à la mi 2007.

La mutualisation de certaines fonctions, en application de l'article 24 de la COG, fera l'objet d'une décision du conseil d'administration de la CNAF en septembre 2007. Les modalités opérationnelles de mutualisation nationale des achats, des éditions, de la numérisation de l'information sont élaborées. Celles relatives à l'organisation de la paie, du contentieux, des allocataires migrants sont en préparation. Les mutualisations régionales ou locales restent à ce jour à l'initiative des caisses. Elles peuvent dépasser le cadre de la stricte performance économique pour rechercher une qualité particulière de service, comme en matière de réponse téléphonique en région Aquitaine.

Indépendamment des contrôles de suivi qui pourront être diligentés par la tutelle locale, les auditeurs de l'agence comptable de la CNAF

s'assureront de l'efficacité de ces mesures dans le cadre de la validation des comptes de l'exercice 2007.

RÉPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)

I - Le nombre et la diversité des organismes

L'ACOSS précise que la convention d'objectifs et de gestion signée en 2006, prévoit la suppression des URSSAF infradépartementales, au profit de la création d'entités départementales, à l'horizon de fin 2009. Seront ainsi concernées les URSSAF du Nord, du Pas de Calais, de la Seine Maritime, du Finistère, du Maine et Loire, des Pyrénées Atlantique, de l'Hérault, de la Loire, du Rhône et de l'Isère. D'ores et déjà, la fusion des URSSAF de Montpellier et de Béziers est prévue au 1er janvier 2008.

II - La situation particulière des CGSS

Le projet d'insertion recommande de fusionner les gestions budgétaires des branches étant observé que l'éclatement actuel a pour effet de rendre les comptes peu lisibles et multiplient les risques d'erreurs et d'établir un contrat pluri annuel de progrès pour les fonctions transversales.

Sur le premier point l'ACOSS rappelle que l'éclatement des gestions budgétaires découle de l'ordonnance du 24avril 1996 instituant les conventions d'objectifs et de gestion et de la circulaire subséquente de la DSS du 9 septembre 1997. Quatre budgets, au lieu d'un seul, ont été établis à compter de 1999. Les moyens accordés en contrepartie des objectifs définis sont en effet subordonnés à la contractualisation menée par chacune des caisses nationales, les volets budgétaires annexés à la contractualisation étant financés par leur propre FNGA.

La remise en cause de cette procédure ferait perdre de leur substance aux procédures actuelles de contractualisation avec ces organismes sans que ce revirement donne une quelconque assurance sur la qualité et la lisibilité des comptes. Dans ce domaine l'amélioration des suivis budgétaires est liée au renforcement du suivi de l'exécution par les caisses nationales. Cette procédure, déjà initiée sur le plan budgétaire, est mise en œuvre depuis 2007 sur l'ensemble des performances des CGSS. Ce suivi est effectué à un rythme trimestriel et devrait contribuer à améliorer la qualité des résultats.

Afin de résoudre des problèmes de cohérence face aux politiques des branches menées par les caisses nationales du régime général et par la CCMSA, les caisses nationales concernées ACOSS, CNAMTS, CNAVTS et CCMSA ont défini un schéma d'organisation ayant pour objectif d'optimiser la coopération des quatre organismes nationaux en matière d'appui aux CGSS. Cette démarche a reçu l'appui de la DSS. Le dispositif repose sur trois niveaux d'instance :

Le comité de suivi constitué des quatre directeurs de CGSS et des quatre directeurs des organismes nationaux ; c'est l'instance de pilotage Le "collectif" constitué des quatre directeurs de CGSS et des quatre coordonnateurs des organismes nationaux qui suivent le lancement et la progression des projets. Les comités techniques constitués d'un chef de projet issu d'une CGSS des experts nationaux métiers forment les groupes opérationnels. Cette mission a été confiée dans un premier temps à l'ACOSS, elle devrait être ultérieurement assumée par une autre caisse nationale. Cinq axes d'action prioritaires ont été retenus et qui sont gérés en mode projet : l'informatique, la comptabilité analytique, la gestion budgétaire, les tableaux de bord et outils de pilotage des performances, les ressources humaines.

Sur le deuxième point il est envisagé de consacrer un volet spécifique aux fonctions transverses dans le contrat de la caisse de sécurité sociale de Mayotte. Cette réorientation fera l'objet d'une analyse et pourra être étendue aux autres caisses générales dans le cadre de la prochaine campagne de contractualisation.

III - Le suivi des organismes en difficulté.

La Cour recommande d'élaborer des plans d'action pour les organismes ayant des performances jugées insuffisantes ; L'ACOSS précise qu'une procédure de diagnostic intervient dans le cadre de la contractualisation avec les organismes locaux qui s'appuie sur une analyse de leurs résultats et de leurs coûts. Les domaines dans lesquels les performances doivent être améliorées en priorité font l'objet d'un recensement systématique et des plans d'actions par domaine sont intégrés au contrat.

Par ailleurs un dispositif de suivi des performances des organismes est mis en œuvre reposant sur l'examen d'indicateurs chiffrés mais aussi sur l'analyse des différentes directions métier de l'ACOSS sur chaque domaine d'activité. Il doit permettre de détecter tous les ans les organismes dont les performances sont les plus éloignées des standards de la branche et dont la situation générale paraît nécessiter une attention particulière. Sur la base de ces constats, les URSSAF ciblées doivent établir des plans d'actions spécifiques aux domaines concernés. Le suivi de ces plans est assuré par l'ACOSS de manière infra annuelle.

Enfin, l'URSSAF de Paris est citée par les rapporteurs au titre de ses coûts. Sur ce point, il convient de rappeler qu'un objectif de maîtrise de coût a été inscrit dans le contrat de l'URSSAF de Paris qui s'est notamment traduit par un engagement à ne remplacer aucun départ à la retraite d'ici au 31/12/2009. La réduction des coûts unitaires des catégories les plus significatives a été actée.

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAVTS)

Suite aux difficultés rencontrées par la CRAM Rhône-Alpes, dues à la réforme des retraites et à la mise en place de l'Outil Retraite, la CRAM s'est vue confier le développement et la qualification assemblage au titre de la partie « droits » de l'OR, auxquels s'est ajouté son rôle de site pilote. Un plan d'actions à l'initiative de la CNAVTS a été mis en place en 2004 afin d'aider la CRAM : de septembre 2004 à avril 2005, une partie de l'activité de la caisse a été prise en charge par 9 CRAM, soient 16 500 dossiers. Cette opération a eu des répercutions positives importantes : les délais moyen de satisfaction est passé de 40 j en 2003 à 12 j en 2006, le stock a retrouvé un niveau satisfaisant : + 20 000 dossiers avant août 2004 à 11 600 dossiers fin 2004 et le taux de réalisation des objectifs COG s'est sensiblement amélioré :

Les constats réalisés par le COREC sont en décalage sensible avec les éléments de pilotage dont dispose la CNAVTS. En effet, la **CRAM Bourgogne Franche-Comté** obtient des résultats très satisfaisants : les résultats COG ne cessent de progresser à un niveau très élevé, la productivité : +23,6 % de 2001 à 2006 et les coûts unitaires globaux : -10 % entre 2001 et 2006.

La direction de la coordination nationale (DCN) a réalisé un audit du 25 août au 10 septembre 2003 qui a porté sur l'ensemble de l'organisme y compris sur les résultats de la COG. Dans la mesure où cette caisse a de très bons résultats il n'a pas semblé prioritaire en dehors des audits systématiques de refaire un audit complet. Suite aux résultats des indicateurs du réseau d'alerte, un diagnostic a été réalisé par l'Agence comptable de la CNAV dans le cadre d'un audit sur place de la CRAM de Dijon. Cet audit a conduit l'Agent comptable de la CNAVTS à émettre des observations dans le rapport de validation.

La DCN a réalisé un audit du 25 août au 10 septembre 2003 qui a porté sur l'ensemble de l'organisme y compris sur les résultats de la COG. Dans la mesure où cette caisse a de très bons résultats il n'a pas semblé prioritaire en dehors des audits systématiques de refaire un audit complet.

Suite aux résultats des indicateurs du réseau d'alerte, un diagnostic a été réalisé par l'Agence comptable de la CNAVTS dans le cadre d'un audit sur place de la CRAM de Dijon. Cet audit a conduit l'Agent comptable de la CNAVTS à émettre des observations dans le rapport de validation.

La **CRAV** rencontre actuellement des difficultés néanmoins, certains éléments peuvent expliquer la situation : le passage difficile à l'Outil Retraite (basculement plus complexe que pour les autres CRAM) et la législation particulière du régime local qui complique le traitement des dossiers : calculs et saisie manuels plus complexes, nombreuses interrogations des assurés d'où

la surcharge de travail. Enfin le développement tardif du réseau de proximité qui n'a pas encore produit tous ses effets.

Malgré cela, les résultats de la Caisse s'améliorent : productivité annuelle : +24,5 % entre 2001-2006, ses coûts diminuent de près de 15% de 2001 à 2006. Au vu des résultats de la Caisse, la CNAVTS a organisé trois missions d'audit :

- avril 2005 : aide au développement de la politique de proximité. A la suite de cette mission, le conseil d'administration du 23/06/2005 a décidé le développement du réseau d'agences retraite ;

- décembre 2005 : recommandations dans le domaine de l'organisation et du pilotage et mars 2007 : formulation de nouvelles recommandations.

L'audit réalisé sur pièces dans le cadre de la validation des comptes de la CRAV de Strasbourg a conclu à la nécessité d'améliorer le dispositif de la tenue des comptes. Cet audit a conduit l'Agent comptable de la CNAVTS à émettre des observations dans le rapport de validation.

Comme pour **l'ensemble des CGSS**, la mise en place de l'Outil Retraite a généré quelques difficultés dans le fonctionnement du processus Retraite de la caisse. Les dispositions prises par la CNAVTS en termes de diagnostic, d'élaboration de recommandations et de suivi de la mise en place de ces dernières avec des points réguliers pour vérifier la matérialité des faits, ont permis de remettre la production à niveau, tout en donnant à la caisse les moyens de pérenniser et d'améliorer ses résultats et ses performances.

Un projet est actuellement en cours de développement afin d'apporter une solution à d'éventuels retards de liquidation et aider les caisses générales à résorber leurs stocks de dossiers retraite. Ce projet s'appuie sur la généralisation de l'application BSP (bureau sans papier), installée dans les quatre CGSS depuis le dernier semestre 2006, en liaison avec l'Outil Retraite. La numérisation des demandes tant de droits propres que de droits dérivés, réalisée dans le cadre du BSP, permettra de faire traiter par des caisses de métropole, les dossiers des CGSS les plus difficiles, ou de tout autre dossier (DP et DD) si des stocks anormaux venaient à se constituer.

Les constats faits par l'Agent comptable de la CNAV dans le cadre de validation des comptes de la CGSS Guyane sont cohérents avec l'analyse des COREC. La CGSS n'a pas transmis les éléments justificatifs demandés, et de ce fait l'Agent comptable de la CNAVTS a refusé de valider les comptes de l'exercice 2006 (opinion indiquée dans le rapport de validation).

RÉPONSE DE LA CAISSE RÉGIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LES MINES DE L'EST (CARMI- EST)

L'ouverture des œuvres du régime minier à des assurés relevant d'autres régimes a été mise en place au 1er juillet 2005. Elle s'est réalisée dans des conditions difficiles pour le personnel médical. Les médecins miniers se sont en effet retrouvés brutalement dans une situation quasi identique à celle des cabinets libéraux, en étant contraints de valoriser l'ensemble des actes dispensés. Or, les applications informatiques nationales n'étaient pas totalement opérationnelles à la date d'ouverture, ce qui n'a pas facilité la saisie et le recensement des actes médicaux. A ces problèmes d'ordre matériel, se sont ajoutées des difficultés liées à une connaissance insuffisante des conditions réglementaires de prise en charge et de valorisation des soins. Cette période de démarrage s'est ainsi caractérisée par une facturation non systématique des prestations réalisées. En outre, les nouvelles méthodes de travail devaient également conduire les médecins miniers à recouvrer le ticket modérateur normalement supporté par les ressortissants extérieurs. Or, tel n'a pas toujours été le cas, certains médecins refusant d'encaisser des chèques ou des espèces. Le recouvrement des créances devait alors être assuré par le service comptable postérieurement à l'acte de soin. Compte tenu de l'extrême modicité des sommes en cause {en moyenne 2,10 € pour une consultation ordinaire), l'organisme n'a pas toujours été en mesure d'obtenir leur règlement, ce qui a souvent conduit à des abandons de créances de faible montant.

Conscient de ces difficultés qui ne sont pas spécifiques à l'ex SSM de Moselle-Est, la nouvelle direction de la CARMI de l'Est a initié une réorganisation globale de la gestion des Centres de Santé. Celle-ci passe notamment par la définition de règles claires opposables à l'ensemble des personnels médicaux et visant prioritairement à optimiser la valorisation des actes et l'encaissement des créances. Ces nouvelles pratiques seront très prochainement exposées aux acteurs concernés des différents bassins miniers, à l'occasion de réunions animées par la Direction avec la collaboration de la médecine conseil. Elles feront par ailleurs l'objet d'une note de service précise et étayée qui reprendra l'ensemble des points développés.

RÉPONSE DE L'URSSAF DE LILLE

Dès 2005, un plan d'actions a été arrêté afin d'identifier les créances prescrites et prévenir le risque de prescription. Ce plan a comporté :la relance de toutes les créances ; la recodification des stades d'actions V2 erronés ; la codification des créances prescrites avant et après 2003 ; l'élaboration de notes de service et fiches de procédures afin de prévenir le risque de prescription ; la mise en place de circuits WATT (Workflow d'Assistance aux Tâches Techniques) pour la gestion des cotisants partis sans laisser d'adresse et les déclarations de créances dans le cadre des procédures collectives ;

l'admission en non valeur sur les débiteurs disparus ; la relance et le suivi des mandataires de justice en charge des procédures collectives ; la planification régulière et le suivi des traitements V2 permettant le suivi et la réactivation des créances ; les actions de formation des personnels sur la prescription des créances.

Ces mesures ont été mises en oeuvre avec les ressources dont nous disposions. Faute de moyens, les admissions en non valeur n'ont pu être toutes traitées car les activités liées à la collecte des cotisations sont privilégiées.

Il apparaît que l'URSSAF maintient un haut niveau de recouvrement avec des ressources en nette diminution. En fin de COG 2002-2005, 17 postes étaient non pourvus (contrat AGEPRET, 35 heures, réduction d'effectif). En outre et au terme de la COG 2006-2009, neuf postes devront être rendus et trois postes redéployés. Parallèlement, les activités demandées aux URSSAF ont évolué « radicalement » nécessitant l'accompagnement et le redéploiement des ressources sur des métiers nouveaux et en constante évolution. Par ailleurs les préparatifs du déménagement de Lambersart à Lille (achevé en 2006) ont été lourds. Aujourd'hui, nos priorités sont rythmées par les cibles à atteindre dans le cadre du CPG, la validation des comptes, la certification de la répartition de la collecte des cotisations, le pilotage de la région, la mutualisation des fonctions support, le traitement des TGE et le projet de constitution de l'URSSAF du Nord. Faire plus et mieux avec moins, est notre quotidien. Les résultats sont à évaluer à l'aune des ressources allouées et des charges de travail. Ainsi les « insuffisances constatées à plusieurs reprises dans le suivi des indus ou plus généralement des créances » sont directement liées à l'insuffisance des moyens alloués, insuffisance régulièrement évoquée lors de chaque contrôle et au conseil d'administration.

RÉPONSE DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DU GARD

Je vous communique ci-joint mes observations sur les points relevés dans l'avis défavorable porté sur les écritures comptables de la caisse d'allocations familiales du Gard. Je souligne que comme le note le projet d'avis, les points relevés par le COREC ont donné lieu à des actions correctives dès communication du rapport de contrôle, et dans les semaines et mois suivants pour les mesures impliquant des délais d'étude et de mise en place de procédures liés à des réorganisations ou des évolutions logicielles.

Plus précisément, sur le premier point évoqué, étant souligné que les comptes financiers ont toujours été justifiés mensuellement, les rapprochements bancaires sont quotidiens depuis 1 avril 2007.

Sur le second point, l'essentiel des constats relatifs aux comptes de tiers portait sur le non-respect des formes, et a fait l'objet des corrections appropriées -une note de service du 30 septembre 2006 a harmonisé les

supports des Etats de Développement des Soldes en intégrant les préconisations du rapport.

Sur le troisième point, les écarts entre la balance et les soldes concernaient trois comptes. Pour les points portant sur le fond, des procédures correctives adéquates ont été mises en place de façon à ne plus opérer de redressement comptable sur les comptes de charges à payer, et à assurer un suivi rigoureux des réimputés mis en œuvre par une note de procédure en date du 20 juin 2006.

RÉPONSE DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DE GUYANE (CGSS)

Plusieurs des remarques du projet de rapport concernent la situation observée en juin 2006 soit neuf mois après ma prise de fonction laquelle date du 1er octobre 2005 ; m'amènent à souligner en préambule le contexte particulier de cette période

La situation de la CGSS Guyane alors sous administration provisoire me convoquait à entrer dans une démarche de redressement dont l'ampleur a été confirmée par les audits de prise de fonction diligentés au mois de novembre 2005 sur les branches maladie et retraite et les services transversaux. En janvier 2006, dès réception définitive des rapports et en complément de ceux-ci, j'ai élaboré pour la branche maladie un plan de redressement validé par les instances représentatives du personnel, mis en place la réorganisation structurelle de l'équipe de direction et les plans d'actions en vue de résorber les instances. Toutes les actions ne nécessitant pas une allocation de ressources humaines, financières ou techniques supplémentaires ont été réalisées dès 2006. Toutefois la signature tardive notamment de la COG maladie, a reporté à fin 2006 la signature des CPG 2006-2009, et consécutivement les moyens alloués pour la mise en oeuvre de certaines opérations envisagées pour la gestion du risque ou le courrier par exemple.

RÉPONSE DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE SECURITÉ SOCIALE DE GUADELOUPE (CGSS)

La caisse générale de sécurité sociale de la Guadeloupe admet les observations critiques faites par la Cour sur ses résultats, en retrait par rapport aux autres caisses dans plusieurs des missions qui lui sont confiées. C’est d’ailleurs sur la base de ces constats et des rapports d’audits interbranches menés en 2005 au moment de la prise de fonction du nouveau directeur, que des priorités d’actions ont été définies, lesquelles donnent maintenant leurs premiers résultats. A savoir :

- en matière de prestations maladie et retraite, les retards sont quasiment résorbés

- la révision de la politique d'accueil des assurés, dans les antennes et par téléphone, est repensée en profondeur dans le cadre d'un nouveau schéma directeur de l'accueil dont la finalisation est programmée en septembre 2007

- la supervision et le contrôle devraient se trouver améliorés à la faveur de l'organisation en cours de la maîtrise des risques dans toutes les branches, copilotée par l'agent comptable et le directeur

- les services ordonnateurs et comptables s'assurent du suivi des notifications des créances enregistrées

- en matière de recouvrement des cotisations, une nouvelle organisation a été mise en place pour améliorer l'efficience des contrôles d'assiette, pour mieux suivre les actions amiables et les accords de paiement. De plus, la mise en place de l'outil WATT cette année, va permettre d'assurer une meilleure traçabilité et un suivi efficace des correspondances.

Sur la gestion interne de l'organisme, il est important de souligner qu'a été bâti en 2005 un plan rigoureux d'économies de gestion portant tant sur les coûts de fonctionnement que sur les coûts de personnel ainsi que sur l'investissement. L'exécution de ce plan a permis d'enregistrer dès 2005, une première décélération des dépenses poursuivie 2006 permettant de remonter ainsi aux organismes financeurs les économies enregistrées.

En 2007 à signaler que les budgets de gestion administrative ont été votés par le conseil d'administration en diminution de 4% par rapport aux résultats de l'exercice précédent.

RÉPONSE DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE QUIMPER

Je vous prie de trouver mes observations accompagnées des éléments qui, je l'espère, permettront de contribuer à mieux éclairer la Cour dans son analyse du redressement de la caisse d'allocations familiales du Sud-Finistère, notamment sur les améliorations sensibles constatées.

En 2001, la part de la subvention d'équilibre dépassait les 100 %. En 2005, ce rapport a été ramené à 90 %. En 2006, ce rapport a été réduit à 80,91 %. En 2007, en se basant sur le prévisionnel, ce rapport est ramené à 80,47 %. L'exécuté 2007 devrait nous amener à un pourcentage inférieur à 80 %.

La direction de la caisse d'allocations familiales a pris l'initiative par courrier en date du 5 février 2004 de demander à la CNAF un audit de son deuxième plan de redressement afin de confirmer ou d'infirmer son analyse.

Les recommandations des directeurs évaluateurs prévoyaient le non remplacement en action sociale et le non remplacement des postes de la gestion administrative hormis ceux affectés à la production Aucun poste en action sociale n'a fait l'objet d'un remplacement et les postes remplacés ou recrutés en gestion administrative sont liés à la production ou autorisés par la

CNAF; c'est bien ce qui a été constaté par le COREC dans son rapport. En 2006, la caisse a obtenu une note de performance de 5/5. Tous les indicateurs relatifs aux engagements de service sont respectés.

RÉPONSE DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE PARIS

La départementalisation de la CAF de la région parisienne en 1991 a permis d'améliorer la qualité du service et le coût de la gestion dans les sept départements de la région. A Paris, pour les trois indicateurs-clés de la qualité du service retenus par la convention d'objectifs et de gestion signée par l'Etat et la CNAF pour la période 2005-2008, les résultats sont supérieurs en 2006 à la moyenne nationale.

QUALITE de SERVICE	CAF de PARIS	Moyenne Nationale mesurée sur les 3 indicateurs clés de la COG
% de pièces traitées en moins de 15 jours	98,72 %	93,72%
% de pièces traitées en moins de 15 jours	94,7 %	93,10 %
taux d'appels téléphoniques traités par agent	93,5 %	90,20 %

Pour le même exercice, le coût par allocataire pondéré dépasse la moyenne nationale de 2,9 % seulement alors que l'écart était de 10,8 % en 2001. En 2008, l'écart sera complètement résorbé. Par ailleurs, la caisse assure une présence forte sur le terrain des politiques familiales et sociales et elle développe la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ainsi que l'optimisation des processus de production. Elle mène une action déterminée dans la lutte contre les fraudes dans le cadre de la Maîtrise des risques.

RÉPONSE DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES HAUTS DE SEINE

La caisse primaire d'assurance maladie des Hauts de Seine s'est engagée fin 2004 dans un projet de concentration des secteurs de production mais aussi de modernisation des services d'accueil. Ce projet mis en oeuvre effectivement entre septembre 2005 et avril 2006 a permis : d'installer une PFS (plate forme de service) pour les assurés (4.000 appels par jour) d'installer une plate forme centrale d'ouverture et de tri du courrier (30.000 plis par jour), de passer de 45 sites de production à 4 sites principaux assurant de manière regroupée le traitement des prestations avec l'organisation du traitement des prestations en nature par professionnels de santé (120.000 règlements par jour dont 30.000 au scanner et 70.000 en flux magnétiques),

l'organisation de la gestion des bénéficiaires par année de naissance et non plus par commune de résidence (1.400.000 bénéficiaires).

La réalisation menée par la caisse primaire correspond donc aux observations de la Cour. Au regard de l'efficacité, on note une augmentation de la productivité de la fonction production entre 2005 et 2006 de 16 % (de 22.700 décomptes par agent en 2005 à 32.200 décomptes par agent en 2006 qui s'est traduite par le redéploiement d'effectifs sur des fonctions stratégiques telle que la création d'une Direction de la lutte contre les fraudes et du contrôle interne (25 agents) et par le redéploiement d'effectifs sur des fonctions nouvelles, telle que la prise en charge de la liquidation des prestations du Régime EDF (92 agents redéployés actuellement).

Le redéploiement d'effectifs se fait sur des fonctions de mutualisation pour le réseau telle que la production LAD assurée pour le compte d'autres caisses primaires d'Ile de France ou de province (850.000 décomptes traités entre janvier et avril 2007 à ce titre). La diminution des effectifs telle que prévue par le contrat pluriannuel de gestion est de l'ordre de 100 postes par an. Les coûts élevés observés en région parisienne ne sont pas liés au seul poids des fonctions support, qui d'ailleurs évoluent en termes de productivité. La réorganisation évoquée précédemment s'est accompagnée d'une révision de l'organisation, des structures et des effectifs des services centraux. (regroupement des services d'organisation au sein d'une seule unité par exemple). Ainsi, sur la CPAM de Nanterre, la productivité des supports est passée de 6,41 en 2005 à 6,57 en 2006. Il semble nécessaire de prendre en compte aussi l'existence d'aspects spécifiques à l'Ile de France que l'on peut remarquer dans l'ensemble des entreprises (coût de la vie plus élevé qu'en province par exemple).

Surtout, la reprise par les caisses primaires d'Ile de France (hors Melun) du patrimoine immobilier de la caisse primaire centrale de la région parisienne au début des années 1980, marqué par une déconcentration très forte constituée par les centres de paiements n'est pas sans incidence. La population (les centres de la caisse reçoivent en moyenne 4.500 personnes par jour), les élus locaux et d'une certaine manière les conseils des caisses sont très réticents à l'idée de fermeture de l'un de ces sites. Il faut souligner de plus que ce patrimoine vieillissant suppose un coût d'entretien de plus en plus élevé. Cette double observation a conduit la caisse primaire des Hauts de Seine à inclure dans le plan de réorganisation évoqué au paragraphe précédent, un plan d'adaptation de son patrimoine immobilier qui se traduit par la réhabilitation des locaux existants mais aussi la vente de près de la moitié d'entre eux pour se redéployer sur des surfaces plus petites ou mieux adaptées.

- Sur la présence d'informaticiens ou de spécialistes éditiques :

Il convient ici de rappeler que la caisse primaire des Hauts de Seine a assuré dans le cadre du projet national ESOPE, la gestion du CSSE (centre de

sécurité et de sauvegarde éditique) entre 1999 et 2003. La commission des systèmes d'information et de l'informatique de la caisse nationale a décidé lors de sa séance du 3 juin 2003 de transférer les activités d'édition réalisées en Ile de France sur des sites de province, présentant des locaux mieux adaptés à une activité industrielle. La fermeture du CSSE s'est donc traduite par un transfert partiel des effectifs et des matériels vers les centres définis par la caisse nationale. Ainsi, le transfert du service études du CSSE vers les centres d'études nationaux s'est accompagné du transfert des agents faisant passer l'effectif affecté de 24 postes début 2003 à 13 postes fin 2003. Sur ces 13 postes, 6 ont été conservés dans la filière informatique, les autres agents étant soit reclassés sur des activités administratives soit partis de l'organisme (mutation, démission, etc..).

Par ailleurs, ces moyens ne sont pas utilisés par la caisse pour développer des applicatifs locaux concurrents des applications nationales. Ainsi, la caisse assure pour le compte de la CNAMTS la maîtrise d'ouvrage déléguée du projet GDIS qui permettra par l'informatisation des courriers sortants des services (en plus donc des décomptes aujourd'hui assurés par ESOPE) de réduire les coûts d'affranchissement par l'utilisation de l'affranchissement informatique.

Enfin, il est parfois nécessaire pour une caisse de la taille de celle de Nanterre de gérer, en complément des applications nationales, des développements locaux permettant de dégager des gains de productivité. Ainsi, l'automatisation récente d'une procédure de constitution automatique (à partir du seul numéro d'immatriculation) d'un courrier aux assurés pour demander, à réception d'un avis de travail initial, les éléments de salaires (entre 1500 et 2000 par jour pour la caisse), couplé au système GDIS a permis de diviser par deux la charge de travail liée à cette activité.

RÉPONSE DE L'URSSAF DES PYRENEES ORIENTALES

Le projet d'insertion concernant l'URSSAF des Pyrénées Orientales, appelle les observations suivantes :

1- La qualification attribuée aux indicateurs de l'URSSAF des Pyrénées Orientales de « médiocres » me paraît être plus nuancée. En effet des indicateurs très importants pour les missions de recouvrement exercées, ont connu des avancées très importantes tant en évolution sur les cinq ans écoulés, qu'en valeur relative par rapport aux autres organismes de la branche recouvrement.

2- Pour ce qui est du « dialogue interne » et du « climat social », je suis surprise que le rapport fasse état d'événements anciens. En effet depuis cinq ans, l'organisme n'a connu aucun conflit social. Pour les procédures engagées par le syndicat FO en 2001, elles ont depuis trouvé leur épilogue : sur quatre motifs de délit d'entrave, trois ont débouché sur un non lieu, et sur

le quatrième, le tribunal correctionnel de Perpignan a relaxé le Directeur le 31 mai 2007.

Pour la direction de l'URSSAF des Pyrénées Orientales, aucun autre événement porté à sa connaissance entre 2002 et 2006 ne présente un caractère pouvant entraver le dialogue interne ou altérer le climat social sauf la présence au sein du conseil d'administration d'un administrateur qui, de façon régulière et répétitive en conséquence de cette vieille affaire, tente de déstabiliser la direction en suscitant des revendications et des mouvements fort peu suivies.(dernier exemple – le règlement intérieur de l'URSSAF des Pyrénées Orientales).

RÉPONSE DE LA CAISSE RÉGIONALE D'ASSURANCE MALADIE DE BOURGOGNE- FRANCHE-COMTÉ

Je ne considère pas que la CRAM ait été un organisme en difficulté. Vous remarquerez que la CRAM de Dijon a conservé des résultats, eu égard aux indicateurs nationaux, tout à fait acceptables. L'intégration des indicateurs régionaux s'est avérée particulièrement défavorable et faisait chuter le classement de la caisse.

Lors de son enquête, j'avais démontré à la DRASS de Bourgogne, qui en a accepté l'explication, que les CRAM n'étaient pas situées sur un pied d'égalité pour ce qui concerne les indicateurs régionaux et que ceux de la CRAM de Dijon étaient particulièrement ambitieux, ce qui l'a pénalisée au moment de la mise en oeuvre de la réforme des retraites. La DRASS, a estimé que la comparaison entre caisses ne pouvait s'effectuer que sur les objectifs nationaux puisqu'eux seuls sont identiques à toutes les CRAM.

La CRAM de Dijon, pour sa part, a connu une nette régression en 2004 et ceci était dû à deux facteurs :

- d'une part, la mise en place de la réforme des retraites et un niveau de départs anticipés très supérieur à son poids relatif en France,
- d'autre part, l'obsolescence de l'organisation des services retraite, qui ne permettait plus, lorsque j'ai pris mes fonctions à la direction de la caisse, d'atteindre les objectifs du contrat pluriannuel de gestion.

Nous avons fait cette analyse ensemble, avec la CNAVTS. Ainsi, à l'occasion de l'entretien annuel d'évaluation avec le Directeur de la CNAVTS et de la mise en place du nouveau contrat pluriannuel de gestion, nous avons défini de nouvelles orientations qui ont permis à la CRAM de Dijon de retrouver un excellent niveau de performance. La CNAVTS a accompagné cette adaptation de l'organisation de la CRAM de Dijon en permettant notamment un développement important des agences retraite.

RÉPONSE DE LA FEDERATION MIDI-PYRENEES SUD

- Absence de lien entre évolution juridique et adaptation des services :

La constitution d'une fédération à quatre caisses a conduit la direction, dans le respect des dispositions du code du travail, à rechercher le maximum de synergies entre les services, en particulier chargés de la protection sociale obligatoire. Cette recherche a abouti à la désignation de cadres hiérarchiques, à raison d'un responsable fédéral par service (cotisations, prestations, contentieux, contrôle médical, médecine du travail et préventive). Cette démarche sera complétée en 2007, pour les services dits techniques, par une fédéralisation des cadres fonctionnels.

De la même façon, le contrôle interne a été mis en place par une seule instance fédérale, pour le compte de chacune des quatre caisses. La mise en place actuelle de l'outil de gestion électronique des documents, en cours de livraison dans les caisses, fait l'objet d'une démarche commune analogue.

- Permanences d'accueil :

Le nombre de ces permanences, tout particulièrement en Haute-Garonne, répond à une réalité géographique propre à ce département. Ainsi, son extension l'amène des contreforts du Massif Central (Tarn) à la frontière avec l'Espagne, soit à une distance de 200 km. Par ailleurs, la dispersion de la population rurale et âgée de la caisse justifie le maintien, même s'il se réduit, d'un nombre proportionnellement plus important de permanences périodiques (de l'ordre d'une à deux demi journées par mois).

Enfin, concernant le coût de ces permanences, il convient de noter qu'elles sont assurées dans des locaux (mairies, centres sociaux) mis à disposition gratuitement par les collectivités publiques, ou dans des locaux appartenant à la caisse et utilisés par d'autres services (action sociale, médecine du travail ou contrôle médical notamment).

Chapitre VI
L'assiette des prélèvements sociaux finançant le régime général

RÉPONSE DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)

En premier lieu, l'ACOSS tient à souligner le grand intérêt du chapitre VI du projet de rapport sur la sécurité sociale de la Cour des comptes. Ce projet met dans une perspective tant financière qu'économique les problématiques liées aux pertes de recettes que subit le régime général. Sont

ainsi abordés les différents aspects sur toutes les assiettes des prélèvements sociaux (salaires, revenus de remplacement, revenus financiers)..

L'ACOSS est d'autant plus intéressée par ces sujets qu'elle dispose elle-même d'informations pour le suivi de mesures d'exonération. Le système informatique de la branche recouvrement gère, en effet, toute mesure d'exonération (hors abattements d'assiette) en extrayant les données déclarées par le cotisant sur son bordereau récapitulatif des cotisations (BRC). Le suivi comptable (uniquement pour les exonérations compensées) et statistique (que l'exonération soit compensée ou non) est donc fait pour chacune de ces mesures. Ces éléments ont servi de base au bilan annuel 2006 sur les exonérations transmis au cours du mois de mai au conseil d'administration. Lorsque la perte de recettes correspond à un abattement d'assiettes, certains cas peuvent s'avérer impossibles à suivre. Néanmoins, pour les autres cas, le suivi, même s'il est plus complexe, est réalisable : l'ACOSS a mis en oeuvre dans son système statistique un suivi de l'assiette des revenus salariaux soumis à CSG, même si d'autre part ces revenus n'entrent pas dans l'assiette des cotisations. En comparaison avec l'assiette des cotisations, cette gestion permet d'approcher de manière indirecte les effets notamment de l'absence de cotisations de la participation et de l'intéressement, de la protection sociale en entreprise, des indemnités de départ... Dans la publication sur le bilan des encaissements en URSSAF, cet écart d'assiettes est chiffré à 30,3 Md€ en 2005 (cf. ACOSS Stat N°42).

-sur certains taux réduits, cotisations et assiettes forfaitaires au titre de professions particulières, il est possible de suivre certains éléments portant sur les pertes de recettes ainsi que sur les effectifs correspondants dans ces "niches". Le suivi s'effectue là aussi par l'alimentation du système informatique à partir des BRC; entre autres exemples sont suivies les masses salariales des journalistes, des VRP, des artistes, acteurs et mannequins,...

-d'autre part, dans le cadre de la facturation à l'Etat, il faut quelquefois recourir à des sources extérieures pour certaines mesures, pour lesquelles sont prévues un abattement d'assiette et qui ne sont donc pas repérées via le BRC. La source principale est la déclaration annuelle de données sociales (DADS) où sont recensés au besoin les éléments de rémunération échappant à toute contribution sociale. Par exemple, figurent dans les DADS le montant des CESU préfinancés versés par l'employeur ainsi que le chèque transport à partir de 2007.

Chapitre VII
La nouvelle gouvernance nationale de l'assurance maladie

RÉPONSE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)

La Cour indique que, pour les actes et les médicaments, les avis rendus par la Haute Autorité de santé s'imposent -sauf exception prévue par les textes- à l'assurance maladie et à l'État. Ce constat doit être tempéré. Autorité publique indépendante à caractère scientifique, la Haute Autorité de santé aide à la prise de décision par ses avis rendus à partir des données scientifiques. L'État et l'assurance maladie ont, dans les domaines de compétence qui leur sont propres, la possibilité juridique de ne pas suivre ces avis.

La Cour souligne la démarche intégrée mise en œuvre par la haute autorité. La création de la HAS a permis de rapprocher les différentes évaluations de la qualité pour permettre la recommandation des stratégies de prise en charge les plus opportunes. Elle a permis également d'identifier un acteur chargé non seulement d'évaluer les soins mais aussi de concevoir des outils améliorant la qualité de notre système de santé et de les promouvoir directement en agissant auprès des professionnels et des usagers -par exemple, par la certification des établissements de santé, par l'évaluation des pratiques professionnelles ou par les actions en matière d'information en santé.

Pour la Cour, les synergies entre ces actions et les commissions spécialisées les impulsant sont parfois longues à être mises en œuvre. La Cour présente par ailleurs la singularité de la position de la Haute autorité notamment en ce qui concerne la proximité entre la production d'avis scientifiques et la décision politique. Ces difficultés sont le reflet de l'importance du champ dévolu à la haute autorité et de la volonté du législateur d'ériger une entité indépendante, à côté de l'État et de l'assurance maladie, chargée d'éclairer les pouvoirs publics et de conduire des actions diversifiées afin d'assurer à chaque Français l'accès à des soins de qualité. L'indépendance de la haute autorité et le statut des membres du collège font d'elle une institution à part : la volonté d'impartialité qui a présidé à sa création témoigne de la volonté d'assurer la complémentarité entre le champ de la qualité en santé et celui des actions de régulation conduites par l'État et l'assurance maladie. Après deux années et demi d'existence, la Haute autorité entend poursuivre ses efforts pour proposer une démarche intégrée et permettre par ses avis, ses recommandations et ses actions de renforcer la qualité des soins offerts.

La Cour souligne enfin que le champ de l'évaluation médico économique demeure à investir et qu'un acteur pourrait être chargé de la

conduire. La HAS ne s'est pas vue reconnaître une compétence directe en ces matières. Ses activités d'évaluation -à l'instar de la prise en compte de l'intérêt de santé publique dans le domaine du médicament- et de recommandations -par exemple, récemment, la recommandation relative aux « stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière »- l'amènent à intégrer ces préoccupations. De plus, afin de contribuer à ces réflexions, la Haute autorité a constitué un groupe de travail, dénommé « service rendu à la collectivité », qui a pour objet de renforcer la prise en compte harmonisée de ces dimensions dans les différents travaux de la HAS et de réfléchir aux modalités d'élargissement de l'évaluation actuelle à une prise en compte explicite et quantifiée des aspects organisationnels et économiques. Les conclusions de ce groupe ont vocation à être rendues avant la fin de cette année. Elles contribueront utilement aux réflexions souhaitées par la Cour. D'une manière générale, la Haute Autorité de santé souligne qu'une telle évaluation médico économique devrait être assurée globalement, la limitation de celle-ci à un seul domaine – tel que pourraient le suggérer les développements de la Cour sur le médicament - pourrait entraver l'approche globale souhaitée ; par exemple, en ne permettant pas de comparer l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse par rapport à une démarche de prévention ou un autre mode de prise en charge.

RÉPONSE DE L'UNION NATIONALE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE (UNOCAM)

Le projet communiqué appelle de la part de l'UNOCAM deux observations qui concernent d'une part le rôle de l'UNOCAM dans la procédure d'inscription sur la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, d'autre part l'association de l'UNOCAM aux négociations conventionnelles. Elles tendent à démontrer que l'UNOCAM ne peine pas à s'imposer, mais plutôt que les conditions lui permettant de jouer un rôle effectif n'ont pas été jusqu'à présent remplies.

1- L'UNOCAM a proposé que la procédure d'inscription des actes et prestations sur la liste ouvrant droit à prise en charge par l'assurance maladie soit améliorée.

L'UNOCAM est consultée sur les décisions de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) d'inscrire des actes ou des prestations sur la liste ouvrant droit à prise en charge par l'assurance maladie, de les en radier, ou enfin d'en modifier les conditions d'inscription.

Si ses avis en la matière ont été peu pris en compte jusqu'à présent, l'UNOCAM a formulé des propositions afin de faire évoluer positivement cette situation.

En premier lieu, il est nécessaire que le cadre juridique et son interprétation soient précisés. Concernant les projets d'inscription ou de

radiation, on observe que les créations de lettres-clés prévues par l'avenant conventionnel des masseurs kinésithérapeutes signé le 20 janvier 2006 n'ont pas été soumises à l'UNOCAM. En l'occurrence, il a été considéré par l'UNCAM qu'il ne s'agissait pas de véritables lettres-clés, mais d'identifiants pour une rémunération accessoire.

Concernant les conditions d'inscription, les solutions retenues par l'UNCAM sont différentes suivant qu'il s'agit de la nomenclature générale des actes de praticiens (NGAP) ou de la classification commune des actes médicaux (CCAM).Lorsqu'il s'agit d'actes portés sur la NGAP, la modification de la valeur d'une lettre-clé est déterminée par convention et n'est pas soumise à l'avis de l'UNOCAM. En revanche, la modification de la cotation d'un acte est une modification des conditions d'inscription à la « nomenclature » et est soumise à l'avis de l'UNOCAM. Lorsqu'il s'agit d'un acte porté à la CCAM, les modifications de libellés, notes et tarif d'un acte ont été soumises régulièrement à l'avis de l'UNOCAM.

Le cadre juridique apparaît quoi qu'il en soit très complexe, et gagnerait à faire l'objet d'une interprétation des pouvoirs publics, partagée entre les principaux acteurs (UNCAM, UNOCAM, HAS et direction de la sécurité sociale).

En second lieu, la procédure gagnerait à être mieux organisée. La compétence consultative de l'UNOCAM doit être exercée dans un délai maximal de six mois à compter de la date de saisine, comme celle de la Haute Autorité de santé (HAS). Elle nécessite au préalable que toutes les informations nécessaires, notamment les estimations économiques lui aient été communiquées par l'assurance maladie. La commission dite de « hiérarchisation » intervient également dans cette procédure suivant un calendrier indépendant de celui de la HAS ou de l'UNOCAM.

Les avis rendus dans ce cadre doivent être diffusés aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à l'UNCAM, à l'UNPS et aux organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés. Leur communication à la HAS, qui est saisie en parallèle, n'est pas prévue par les textes mais paraît souhaitable. Elle est effectuée en pratique depuis juin 2006.

Le délai d'expression des avis de l'UNOCAM (ou de la HAS) peut revêtir une importance politique lorsqu'il conditionne l'entrée en vigueur de dispositions négociées par l'UNCAM avec les professionnels de santé. Pour répondre à cette préoccupation, le conseil de l'UNOCAM s'est doté d'une procédure de saisine en urgence. En outre, l'UNOCAM n'a jamais utilisé l'intégralité du délai de six mois ; elle s'est prononcée en moyenne en 29 jours. Enfin, les textes prévoient qu'en l'absence d'avis à l'échéance du délai, celui-là est réputé avoir été rendu.

Le conseil de l'UNOCAM a donc demandé, dans sa délibération n° 23 du 4 octobre 2006, que les rôles respectifs de l'UNCAM, de la Haute

Autorité de santé et l'UNOCAM dans cette procédure soient clarifiés, et proposé dans ce but qu'un groupe de travail soit constitué, présidé par l'union nationale des caisses d'assurance maladie.

2- L'association de l'UNOCAM aux négociations avec les professionnels de santé devrait tenir compte du rôle des organismes d'assurance maladie complémentaire dans la solvabilisation de l'accès aux soins et de leur engagement dans la gestion du risque maladie.

L'UNCAM peut, sauf opposition d'une organisation syndicale représentative des professionnels de santé concernés, inviter l'UNOCAM à participer à la négociation et à la signature de tout accord, contrat ou convention lorsque ces projets comportent des dispositions concernant les OCAM ou ayant un impact sur les dépenses qu'ils prennent en charge. Cette faculté a été jusqu'à présent mise en œuvre à l'occasion des négociations relatives à l'éventuelle création d'un secteur optionnel.

L'UNOCAM souligne le paradoxe suivant lequel le droit en vigueur permet de négliger ses positions dans des négociations portant sur des domaines où les prestations que les organismes complémentaires versent à leurs assurés et adhérents sont déterminantes pour l'accès aux soins.

D'après les comptes nationaux de la santé 2005, les organismes complémentaires ont financé 20 % des soins ambulatoires, 18 % des honoraires médicaux, 35 % de la dépense de santé en chirurgie dentaire et même 48 % de la dépense d'optique. Pour autant, en 2006 et 2007, les discussions menées par l'assurance maladie avec les professionnels concernés n'ont pas permis à l'UNOCAM de faire valoir ses positions et ces engagements.

Chapitre VIII
Les médecins libéraux : revenus, démographie et organisation des soins

RÉPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

Je me félicite tout d'abord de voir l'analyse sur le parcours de soins intégrer l'ensemble des actions mises en oeuvre par l'assurance maladie pour donner un sens médical au dispositif du médecin traitant. Au travers des avenants à la convention médical, I'UNCAM a souhaité construire des programmes de prévention dont les médecins traitants sont les premiers relais. Cette démarche nouvelle dans notre pays doit nous permettre de progresser de façon substantielle dans l'atteinte des objectifs de santé publique votés par le Parlement.

Par ailleurs, je souhaite à nouveau insister sur la nécessité de considérer le dispositif du parcours de soin coordonné comme une première étape dans l'organisation de notre système de soins, une première étape qui s'est construite en tenant compte des caractéristiques fortes de notre système -liberté totale des assurés, émiettement de l'organisation de la médecin libérale, nombre important de spécialistes libéraux. Les critiques parfois fortes émises par le projet de rapport doivent être lues à l'aune de ce contexte.

L'expression « maquis tarifaire» utilisée dans la conclusion du chapitre paraît nettement exagérée. La convention n'a ajouté qu'une seule distinction aux distinctions existantes : consultations dans le parcours versus consultations hors parcours. Ainsi, une très grande majorité des consultations de généralistes s'effectue au tarif normal. Pour les consultations spécialistes, aux trois tarifs utilisés avant la convention (hors cardiologues et psychiatres), il s'en est ajouté un.

L'augmentation du reste à charge des assurés apparaît aussi pour le moins limité. Il faut ainsi noter par exemple que le ticket modérateur global a diminué sur la période 2004-2006, grâce à la maîtrise des dépenses.

S'agissant de la partie consacrée à la nouvelle nomenclature des actes techniques, la CCAM, je m'étonne de I'affirmation de la Cour sur le principe d'une neutralité budgétaire supposée de la CCAM. En effet, dès le départ, la CCAM n'est qu'une échelle de hiérarchisation des actes qui leur attribue une valeur exprimée en point travail. Les valeurs financières des actes dépendent alors de cette valeur en point travail, du coût de la pratique pour les différentes spécialités et de la valeur financière d'un point travail. En fonction de cette dernière, il est possible d'imaginer des scénarios coûteux comme des scénarios économes. Un scénario neutre existait mais il supposait de fortes réductions de revenus pour certaines spécialités.

Or, ces réductions étaient éminemment contestables. La CCAM fixe en effet une valeur relative des actes et non une valeur absolue. Le point de départ a un sens limité surtout à une période où les tarifs n'augmentaient pas contrairement aux prix d'autres bien et services. Par ailleurs, dans tous les secteurs de l'économie, il est difficile de décréter d'importantes baisses de revenu et il est probable que si l'on envisageait le même exercice dans une entreprise ou une administration, on aboutirait aux mêmes difficultés.

Dans ces conditions, dès les premières travaux sur la mise en oeuvre de la CCAM, l'assurance maladie a envisagé des scénarios pouvant coûter jusqu'à 600 M€. L'accord conventionnel du 10 janvier 2003 prévoyait une enveloppe de 180 M€ pour la première phase de montée en charge. Les textes conventionnels de 2005 s'inscrivent dans cette logique. Il faut également avoir à l'esprit l'apport que représente cette nouvelle nomenclature

S'agissant des développements consacrés aux dépassements d'honoraires, je souhaite remettre en perspective la stratégie menée par l'assurance maladie depuis 2004: d'une part, informer les assurés sur les tarifs

pratiqués par les médecins, dans le cadre du dispositif « infosoins » en place dans l'ensemble des caisses primaires. D'autre part, mener une action ciblée sur les pratiques dépassant le tact et mesure. Différentes saisines des sections du conseil de l'ordre compétentes ont été réalisées. Enfin, différencier l'investissement de l'assurance maladie entre les deux secteurs, au travers de la tarification du parcours de soins et des accords d'août 2004 sur la chirurgie française.

Par ailleurs, l'UNCAM a, au travers des négociations sur le secteur optionnel, plaidé pour mettre en place des outils de régulation des dépassements d'honoraires pour les médecins exerçant en secteur 2 mais les négociations sur ce sujet n'ont pas, à ce stade aboutis. Il me semble nécessaire de garder à l'esprit sur ce sujet que la situation actuelle est le fruit de tendances lourdes observées depuis plus de 20 ans. Les solutions, dès lors, ne peuvent s'envisager aisément et justifient une approche concrète et pragmatique.

Enfin, s'agissant de la gouvernance de l'assurance maladie mis en oeuvre depuis 2004, il me semble utile de souligner à la fois la rapidité de sa mise en place et l'importance du travail accompli depuis 3 ans, notamment pour l'UNCAM dans le pilotage de la vie conventionnelle. Pendant cette période, cinq conventions *majeures* ont été signées avec les professions de santé les plus importantes (médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes, masseurs kinésithérapeutes, infirmières) qui vont dans le sens de la maîtrise médicalisée des dépenses et de la modernisation de notre système de soins.

A cet égard, il me semble surprenant de considérer comme semble le faire le rapport que la « défense des intérêts des assurés » soit passée au second rang dans le cadre de ces négociations conventionnelles. Il me semble par exemple totalement justifié de centrer le dispositif du tiers payant sur les assurés qui en ont réellement besoin et non de le lier à une option conventionnelle liée au statut du médecin. C'est la raison pour laquelle le tiers payant a été mis en place dans le parcours de soins pour les assurés ayant des revenus inférieurs à CMU + 20 %. Plus fondamentalement, je considère que la « défense » des assurés passe d'abord par une meilleure maîtrise des dépenses d'assurance maladie qui à la fois participe à la sauvegarde d'un système de solidarité dont les assurés sont les premiers bénéficiaires et qui, plus mécaniquement conduit à réduire le reste à charge des assurés.

Chapitre IX
La dépense de médicaments

RÉPONSE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)

La Cour analyse l'ensemble de la chaîne du médicament (autorisation de mise sur le marché, admission au remboursement, évaluation, information sur le médicament). Dans ce cadre, elle présente le rôle de la Haute Autorité de santé et plus particulièrement celui de la commission de la transparence.

En ce qui concerne la pertinence et la clarté des critères utilisés lors de l'évaluation, la haute autorité ne peut souscrire à l'ensemble des analyses proposées. Les critères utilisés par la commission de la transparence découlent des dispositions législatives et réglementaires. Ils sont connus des acteurs (État, assurance maladie et industriels). Par exemple, la notion d'intérêt de santé publique a été définie suite au rapport d'un groupe de travail piloté par la direction générale de la santé en 2002-2003. Le recours à cette notion est facilitée par l'action d'un groupe de travail permanent au sein de la commission de la transparence. La Cour propose plusieurs évolutions notamment en ce qui concerne le caractère obligatoire d'essais entre comparateurs (et non entre un produit et un placebo) au stade de l'évaluation par la commission de transparence. La haute autorité souligne qu'une telle obligation pourrait aller à l'encontre de l'objectif poursuivi soit l'analyse scientifique la plus rigoureuse des produits susceptibles d'être admis au remboursement. Une telle comparaison ne pourrait être assurée en ce qui concerne les « grandes innovations » pour lesquels une spécialité de référence *de facto* ne peut exister. L'identification de ces innovations est assurée lors des évaluations des produits considérés. De même, la Cour propose un raisonnement dédié au médicament. Or, une comparaison opportune peut être assurée entre une spécialité et une autre stratégie de prise en charge thérapeutique (par exemple, apports d'un vaccin versus une démarche de dépistage). Sur un autre plan, la Cour propose de renforcer les obligations de production des études post AMM. Si la Haute Autorité de santé, en lien avec les autres acteurs, est favorable au développement de telles études, l'approche paraît devoir être adaptée notamment selon la nature de la spécialité et son caractère innovant.

En ce qui concerne la transparence de l'évaluation des médicaments, la Cour souligne les insuffisances dans le recueil et la gestion des déclarations d'intérêt. La haute autorité ne se retrouve pas dans l'analyse produite par la Cour : elle a, dès sa création, apporté une attention particulière à cette problématique. La demande de déclarations d'intérêt est systématique et assurée notamment lors de chaque réunion de la commission de transparence. Au-delà, la haute autorité a rénové profondément, pour l'ensemble de ses commissions et de ses services, les procédures de recueil et de vérification des déclarations d'intérêt et leurs modalités de diffusion

publique. Consciente de la nécessité de porter une attention particulière à ces aspects, elle entend poursuivre ses efforts.

En ce qui concerne les bases de données du médicament et les logiciels d'aide à la prescription, la Haute Autorité de santé ne partage pas le raisonnement proposé par la Cour. La Haute Autorité de santé émet ainsi des réserves techniques quant à l'analyse de la Cour sur les différentes bases de données médicamenteuses. La haute juridiction déplore le fait que la base Thériaque ne se voie pas reconnaître un rôle important et n'ait pas été encouragée. Il semble que, dans son raisonnement, la Cour ne cerne pas précisément le rôle de la haute autorité et sa réflexion en ce qui concerne le dossier Thériaque. La réflexion de la haute autorité a été influencée par la décision de l'AFSSAPS de développer un outil public permettant notamment d'assurer la concordance entre les médicaments en dénomination commune et les spécialités pharmaceutiques. Aussi, la haute autorité a-t-elle estimé qu'il n'apparaissait pas opportun, au regard de la bonne utilisation des fonds publics, de mener des actions complémentaires voire contraires à celles conduites par l'AFSSAPS. Enfin, comme le souligne la Cour, l'état actuel du dossier est également le reflet des positions prises par le groupement d'intérêt économique associant le CNHIM et les caisses d'assurance maladie. Au-delà, si la HAS a repris une partie des missions du FOPIM, elle a du assurer cette reprise en lien avec l'exercice des autres missions qui lui ont été assignées par la loi. A cet égard, elle développe une procédure de certification des logiciels d'aide à la prescription qui remplit les objectifs d'exhaustivité et de neutralité des informations proposées. Plus particulièrement, la certification d'un logiciel ne peut être assurée que si celui-ci repose sur une base de données de médicaments répondant à ces impératifs d'exhaustivité et de neutralité. Par ailleurs, la Cour déplore que cette certification ne soit pas assurée de manière exhaustive et que les contrôles opérés ne le soient pas sur l'ensemble des éléments. La haute autorité a souhaité trouver un équilibre dans les contrôles à opérer. La mise en place de contrôle sur l'ensemble des critères aurait entraîné une forte consommation de moyens qui, au regard de l'objectif poursuivi, ne lui est pas apparue pleinement justifiée.

Enfin, en ce qui concerne la formation médicale, la Haute Autorité de santé partage les analyses de la Cour. Elle s'est rapprochée des acteurs compétents pour contribuer à l'amélioration de la formation initiale dispensée (enseignement de l'« *evidence based medicine* » ou médecine fondée sur les preuves notamment). Si elle ne dispose pas de rôle en matière de financement de l'évaluation des pratiques professionnelles, elle a souligné l'attachement qui est le sien à ce que celle-ci soit assurée en totale indépendance et puisse disposer d'un financement public. Ainsi, les organismes agréés par la haute autorité pour procéder à des actions d'évaluation doivent démontrer leur indépendance par rapport à d'éventuelles activités commerciales notamment en ce qui concerne leurs liens avec l'industrie pharmaceutique. Le collège de la haute autorité va prochainement modifier le cahier des charges relatif à

cette procédure d'agrément afin de renforcer, à la lumière des enseignements des deux premières années, les critères en la matière.

LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

L'assurance maladie réfute les conclusions sur l'impact de la maîtrise médicalisée en 2005. S'il ne faut pas nier le fort impact de la baisse des prix des médicaments, elle remarque que les travaux fournis à la Cour montre clairement que les boîtes d'antibiotiques remboursées ont diminué significativement en 2005 et que les traitements de statines aussi. Le nombre d'initiations de traitement de statines a ainsi diminué de 15 % au second trimestre de l'année 2005.

Par ailleurs, il me semble étonnant de séparer les effets de la «générication» de ceux de la maîtrise médicalisée alors qu'une partie de la maîtrise médicalisée consiste justement à soutenir le développement des médicaments génériques. Ainsi, pour l'assurance maladie, dès 2005 et encore plus fortement en 2006, la maîtrise médicalisée a été source d'économies significative, même s'il apparaît clairement que le renforcement de ces actions vieilles de seulement deux ans est indispensable.

La CNAMTS relève en outre qu'elle est convaincue de l'intérêt d'une base de données publique sur les produits de santé. Cette position est largement démontrée par son rôle de principal financeur depuis plusieurs dizaines d'années de la base actuellement nommée Thériaque.

L'assurance maladie est aussi convaincue qu'il est nécessaire d'accroître la productivité de sa gestion interne et celle des organismes qu'elle finance. C'est une nécessité pour améliorer la gestion des finances publiques. Dans ces conditions, la CNAMTS a proposé d'accroître le développement de la base Thériaque en maîtrisant parallèlement son coût budgétaire. Cela devait passer notamment par l'évolution des procédures de saisie des données.

Même s'il n'a pas été possible de trouver un accord sur ces bases avec un des partenaires de la CNAMTS dans le GIE -le CNIMH- il est clair que ni l'existence de la base, ni son développement, ni la recherche d'une meilleure productivité du GIE ne sont remis en cause. L'assurance maladie assurera en effet la pérennité de la base avec un souci de rechercher toujours le meilleur usage des dépenses publiques.

RÉPONSE DU COMITÉ ÉCONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ (CEPS)

Le chapitre relatif à la dépense de médicament appelle trois observations principales.

La première concerne les critères de l'admission au remboursement.

La Cour y souligne à juste titre la confusion qu'entraîne couramment l'expression " SMR insuffisant ". On ne saurait cependant, de l'avis du CEPS, en déduire que les critères actuels du SMR s'opposent à une plus grande sélectivité dans l'admission au remboursement. Dès lors en effet que, sans exception, ces critères se prêtent à une évaluation de caractère continu, le seuil de l'insuffisance du service médical rendu peut être librement infléchi par la commission de la transparence. Il l'a d'ailleurs été sensiblement, de même que celui des divers niveaux d'ASMR, pour peu qu'on considère l'activité de la commission sur une période suffisamment longue.

Une plus grande prise en compte de l'intérêt de santé publique ne permettrait au demeurant pas, selon le CEPS, d'accroître la sélectivité du remboursement dans la mesure où un intérêt de santé publique négatif est très difficilement concevable pour un médicament ayant obtenu l'AMM et auquel est reconnu par ailleurs un SMR suffisant. Il semble donc qu'une meilleure prise en compte, sur le fondement d'une définition plus opérationnelle, de l'intérêt de santé publique, doive plutôt déboucher sur une attribution différente des niveaux d'ASMR.

Surtout, il semble au CEPS que le raisonnement de la Cour néglige une distinction essentielle dans la question de l'appréciation du caractère suffisant du SMR pour l'admission au remboursement : c'est la distinction entre une appréciation par classes - les veinotoniques, les antalgiques de palier 1 par exemple- et une appréciation individuelle pour les nouveaux médicaments candidats au remboursement. Il est évident que l'appréciation par classes se situe sur un terrain beaucoup plus politique que technique. Elle relève de la HAS en matière d'avis, des ministres pour la décision. Aucune réforme des critères n'est de nature à prévaloir sur ces responsabilités politiques ou à dispenser de les exercer.

S'agissant des appréciations au cas par cas, il convient de rappeler qu'en pratique, la quasi-totalité des médicaments qui se présentent au remboursement appartiennent à des catégories dont le principe du remboursement est déjà acquis, et pour lesquels la question du SMR ne suscitant donc légitimement aucun débat, c'est la question de l'ASMR qui importe. Or à cet égard, le système français d'évaluation et de tarification est au contraire remarquablement sélectif, notamment par rapport à celui du Royaume-Uni, puisqu'il ne permet l'inscription au remboursement des médicaments d'ASMR V qui sont, comme le note la Cour, la majorité que si cette inscription entraîne, compte tenu de leur prix, une économie.

La deuxième observation porte sur " l'absence d'analyse médico-économique ". Le CEPS note d'abord qu'il n'entre en effet pas dans les missions de la commission de la transparence de procéder à des analyses médico-économiques. Il n'y a pas lieu de le déplorer tant c'est inévitable dans un processus dans lequel la fixation du prix n'intervient qu'après

l'évaluation médico-technique. Ceci distingue radicalement le système français du britannique, par exemple, où prévaut la liberté des prix, et où donc un organisme comme le NICE peut formuler ses recommandations en se fondant sur les prix décidés par les entreprises, prix qu'il doit considérer comme une donnée.

Le CEPS reconnaît également qu'il a lui-même peu recours à ces méthodes, sinon sous la forme d'analyses simples du type coût-avantage, lorsqu'il s'agit de comparer les coûts de deux stratégies thérapeutiques susceptibles de procurer des résultats identiques. Il utilise en revanche très rarement les analyses du type coût-efficacité, car il estime que leur pertinence est trop dépendante des comportements de prescription et d'utilisation des médicaments. Il appelle à cet égard l'attention de la Cour sur le fait que, sauf exception plutôt rare, dans les pays où ces analyses sont réellement utilisées, elles débouchent bien davantage sur des recommandations de prescription que sur des décisions de prise en charge par oui ou par non.

Il semble au CEPS que la seule instance qui soit légitime à conduire ce type d'analyses et à les traduire par des recommandations est la Haute Autorité de santé, en aval de l'évaluation réalisée par la commission de la transparence et de la fixation du prix par le CEPS

Le CEPS suggère enfin à la Cour de ne pas reprendre, en la cautionnant, la proposition de la CNAMTS de permettre à l'UNCAM de refuser la prise en charge de médicaments en fonction du rapport entre leur coût et leur efficacité. Une telle réforme, dont on ne voit pas selon quelles modalités, sinon très complexes, elle serait encadrée par l'Etat, reviendrait en pratique à confier à la fois le pouvoir d'inscription au remboursement et celui de fixer les prix à l'UNCAM, qui deviendrait le seul lieu utile de négociation pour les entreprises. C'est après une réflexion et des débats approfondis, considérant la diversité des objectifs à prendre en compte dans une politique du médicament, qu'il a été décidé par la loi de 2004 de maintenir la pleine responsabilité de l'Etat sur l'inscription au remboursement et la fixation des prix des médicaments. Le poids des représentants des organismes d'assurance maladie au CEPS a été considérablement renforcé à cette occasion. Rien ne justifie que cet équilibre soit modifié.

La dernière observation a trait à la visite médicale. La Cour considère comme une limite à la portée de la charte la faiblesse des possibilités de vérification. Elle redoute que la certification par la HAS ne donne une nouvelle caution (étant sous-entendu que cette caution serait inopportune) à la visite médicale.

Il semble au CEPS que cette observation traduise une forte sous-estimation, par la Cour, de l'efficacité pourtant reconnue des processus de certification d'entreprise. Dans tous les domaines où ces processus sont mis en œuvre, il est bien démontré que leur effet sur la qualité des biens ou des

services produits est très supérieur à l'effet qu'on peut attendre d'un contrôle externe, nécessairement discontinu, de la qualité de ces biens ou services.

Le CEPS rappelle enfin que, contrairement à ce qui est écrit dans le projet d'insertion, la loi n'a pas chargé la HAS de certifier les entreprises pour leur visite médicale, mais d'agréer les organismes certificateurs, qui sont donc des organismes certificateurs de droit commun.

RÉPONSE DE L'AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE (AFSSAPS)

L'assertion selon laquelle la réactivité de l'agence en matière de pharmacovigilance serait insuffisante au vu des seules décisions de retrait ou de suspension ne peut être acceptée car elle procède d'une conception réductrice de la vocation de la pharmacovigilance et de ses suites. L'efficacité de la pharmacovigilance ne peut se jauger à l'aune des seuls retraits et suspensions qui constituent la mesure la plus radicale, qui ne s'avère fort heureusement nécessaire que rarement, mais doit prendre en compte l'existence d'une gamme de mesures proportionnées et adaptées aux effets constatés du médicament et au contexte d'usage national. L'ensemble des données sur l'utilisation des médicaments en situation réelle est pris en compte et est évalué (évaluation quotidienne des effets indésirables des médicaments, évaluation des rapports périodiques actualisés de pharmacovigilance etc …), afin d'identifier les ajustements nécessaires à la sécurité de leur emploi, ce qui se traduit le plus souvent par des modifications introduites dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) et la notice patient ainsi que dans des mises en garde à l'intention des professionnels de santé utilisateurs. Il en résulte naturellement une activité intermédiaire d'adaptation du RCP et de la notice ou de production de lettres aux professionnels de santé concernés («Dear Doctor Letters») qui est quantitativement importante : plus de 200 modifications de RCP et de notices ont été effectuées en 2006, relatives à la pharmacovigilance ; 26 des 32 DDL de 2006 sont issues de dossiers de pharmacovigilance.

Il faut noter par ailleurs que le développement des procédures européennes centralisées pour les nouveaux produits conduit à une gestion européenne de certains retraits d'AMM.

Les dernières années ont de surcroît vu la mise en place de plusieurs mesures visant à renforcer toutes les activités de surveillance du risque et du bon usage du médicament, tant au niveau national qu'au niveau européen. Ainsi, l'AFSSAPS a engagé plusieurs démarches de renforcement de la surveillance des effets du médicament après sa mise sur le marché : la création d'un département de surveillance du risque et du bon usage des médicaments, le renforcement du système de pharmacovigilance, notamment par l'actualisation des Bonnes Pratiques de pharmacovigilance, le développement d'une nouvelle base informatique de pharmacovigilance, en

vue de permettre la déclaration électronique des effets indésirables et les échanges avec les autres autorités compétentes de l'Union Européenne et les laboratoires pharmaceutiques, la mise en place de plans de gestion des risques, la gestion active de la iatrogénèse médicamenteuse, la promotion du bon usage des médicaments, la mise en place d'un partenariat avec les associations de patients…

En ce qui concerne la publication des études post-AMM initiées par l'AFSSAPS, le principe n'en est pas exclu. Il peut être envisagé à l'avenir d'en publier une synthèse. Mais la plupart de ces études, étant des projets pluriannuels ambitieux, sont pour leur majorité, aujourd'hui, encore en cours de déroulement.

En ce qui concerne **la déclaration et la gestion des intérêts** : L'Agence tient à souligner que le rapport des déclarations d'intérêts produite n'est qu'une photographie annuelle de l'état de ces déclarations, publiée une fois l'année échue ; la gestion des conflits d'intérêts se fait elle en temps réel, lors de la préparation de chaque séance au regard de rapports de déclarations d'intérêts spécifiques de l'instance concernée. La gestion effective des conflits est donc assurée par l'agence et connaît chaque année des progrès indéniables comme en attestent les données des DPI concernant l'année 2006. En ce qui concerne le groupe sur les conditions de prescription et de délivrance dont l'exemple est cité par la Cour, son renouvellement en 2007 a conduit à ce que l'ensemble des DPI soient fournies et à jour.

En ce qui concerne **la publication des rapports d'évaluation d'AMM et la publication des ordres du jour, des compte rendus et du règlement intérieur des commissions,** si le processus de transparence à l'AFSSAPS n'est pas totalement abouti, il n'en demeure pas moins significativement en avance au regard des démarches entreprises par la plupart des autres agences européennes auxquelles s'impose la même directive européenne. Une simple consultation des sites Internet de ces principaux homologues permettrait de le confirmer, tout particulièrement en ce qui concerne les Rappe ou les comptes-rendus des commissions de pharmacovigilance. L'agence a pris sur ce dernier point des initiatives tangibles dès le 1er trimestre 2006, soit près d'un an avant que la loi de transposition n'en fasse une obligation. En outre, malgré une politique réellement volontariste en la matière, la montée en charge de l'agence est tributaire de sa capacité à assumer ces tâches nouvelles dans un contexte de stabilité des moyens humains.

Pour les comptes rendus de la Commission d'AMM, le retard actuellement constaté pour leur publication tient à la mise en place encore récente de la procédure d'organisation interne de l'AFSSAPS. Ce retard est actuellement en train de se résorber rapidement, et le sera totalement d'ici la fin de l'été 2007. À compter de cette date, les comptes rendus pourront être publiés en routine avec un délai de dix semaines entre la séance de la commission et la publication sur le site. Il en est de même pour la

commission de pharmacovigilance. Ces délais incluent nécessairement une validation par la commission suivante (8 semaines après pour la CNPV) et ne peuvent par conséquent pas être significativement réduits. Ces mesures de transparence concerneront également l'ensemble des commissions traitant du médicament (commission de contrôle de la publicité - été 2007, puis commission de la pharmacopée et commission nationale des stupéfiants et psychotropes).

Pour ce qui est des ordres du jour, la logique de montée en charge progressive imposée par la stabilité des ressources en personnel a conduit à privilégier dans un premier temps la publication des règlements intérieurs, comptes rendus des commissions et RAPPE au demeurant beaucoup plus porteurs d'information pour les lecteurs et les utilisateurs. Le travail sur la publication des ordres du jour sera poursuivi dès que la publication en routine des comptes rendus sera assurée.

En ce qui concerne **l'information grand public sur le médicament**, au cours de la période récente, l'AFSSAPS s'est employée à renforcer sa communication directe vers le grand public au-delà de la seule information disponible sur le site internet, grâce notamment au partenariat établi avec le Cespharm, organe de diffusion de l'information du Conseil national de l'ordre des pharmaciens, via les pharmacies de ville.

C'est dans ce cadre que l'Agence a engagé une 1ère initiative en 2005 avec l'élaboration d'un dépliant grand public pour l'opération « médicaments et conduite automobile ». En 2007, l'AFSSAPS a organisé 3 campagnes d'information : médicaments et contrefaçon (mai), bien lire la notice des médicaments (fin juin), attention aux tatouages éphémères au henné noir (juillet). Une deuxième orientation de communication en direction du public concerne le partenariat établi avec les associations de patients à partir de décembre 2004. Aujourd'hui, ce partenariat très solidement ancré a notamment conduit à la création d'un bulletin conçu comme un trait d'union entre l'AFSSAPS et les associations de patients. La publication du premier numéro interviendra au cours du dernier trimestre 2007. L'AFSSAPS compte poursuivre le renforcement de l'information en direction des usagers via des partenariats complémentaires (INPES, CNAMTS,). Par ailleurs, le site internet fera, en 2007, l'objet d'une refonte qui a donné lieu à une réflexion approfondie courant 2006. Le site proposera des entrées par type de produit (médicaments, dispositifs médicaux,…) et par thèmes de santé (par exemple, médicaments et canicule), ce qui en facilitera l'accès par des non-initiés.

En ce qui concerne **les bases de données sur le médicament**, la Cour note que la reprise du stock des 13500 AMM antérieures au 1er janvier 2002 n'a commencé qu'en 2006 et devrait être achevée en 2008. Les moyens alloués pour l'exercice 2006 seulement n'ont en effet permis à l'agence de mettre en place un atelier dédié à cette tâche que dans le courant de l'automne 2006. La reconstitution des anciennes AMM à partir des décisions

initiales et de leurs rectificatifs est entrée en phase de production début 2007 et se poursuivra jusque fin 2008.

Ainsi, à la fin de l'année 2008, une base de données publique sur le médicament contenant les données régulatoires de base sur tous les produits sera disponible. Elle constituera à la fois une source de progrès et de décloisonnement pour le fonctionnement opérationnel de l'AFSSAPS et un corpus de référence pour tous les utilisateurs extérieurs. La conformité à cette base pourra en outre constituer un des critères de certification des logiciels d'aide à la prescription en lien avec la HAS.

En ce qui concerne **les supports d'information destinés aux médecins**, les retours qu'a reçus l'agence en provenance du monde médical sur certaines de ces recommandations - exemple du traitement des dyslipidémies - ou l'étude conduite par le LIR (Laboratoires Internationaux de Recherche) sur l'impact sur la connaissance des médecins de la recommandation Asthme, témoignent de l'apport avéré de certaines, et n'étayent donc pas l'affirmation de la Cour. En matière de stratégie, l'AFSSAPS a axé ses RBP sur les gammes thérapeutiques qui font l'objet d'un volume important de prescriptions. Cette stratégie s'articule avec celle de la HAS, au sein d'un comité de coordination et dans la concertation autour des programmes de travail. L'AFSSAPS s'attache à actualiser régulièrement ces textes afin de diffuser une information fiable dans le temps.

Lorsqu'une nouvelle classe ou spécialité thérapeutique apparaît sur le marché et qu'il y a nécessité de la positionner au sein d'une stratégie thérapeutique avec des messages clairement identifiés sur le risque, l'AFSSAPS utilise plus volontiers le support des Mises au point qui s'intègrent parfois dans le plan de gestion des risques mis en place par l'agence.

Chapitre X
Le partage des données entre les systèmes d'information de santé

RÉPONSE DE LA MISSION POUR L'INFORMATISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ (MISS)

Depuis février 2006, la Mission pour l'informatisation des systèmes de santé (MISS) a lancé une réflexion d'ensemble sur les SIS, en vue de l'élaboration d'un Plan stratégique des systèmes d'information de santé (PSSIS), dans le cadre duquel l'interopérabilité constitue un thème majeur. Au terme de cette première phase de concertation très large, aboutie en décembre 2006, une synthèse des échanges au sein de six groupes de réflexion sur les systèmes d'information de santé (patients, professionnels de

santé libéraux, établissements de santé, pouvoirs publics, industriels, organismes d'assurance maladie) a été produite. Une seconde étape de concertation vient d'être engagée. Dans un premier temps, elle concerne les directions du ministère, l'IGAS et l'assurance maladie ; elle vise à obtenir un accord global sur l'organisation du pilotage stratégique (qui traitera notamment du sujet de la tutelle sur les opérateurs de systèmes d'information) et sur un avant-projet de plan stratégique qui pourra être soumis à une nouvelle concertation large après validation par le cabinet du ministre.

S'agissant du développement de l'interopérabilité des systèmes d'informatisation de santé présenté dans le projet d'insertion, à savoir l'adoption d'un identifiant unique pour les patients et la généralisation de la carte CPS dans les établissements hospitaliers, la MISS a participé pour le premier à la définition d'une option conforme à la décision de la CNIL et a contribué sur la seconde à l'évolution récente de la réglementation en étant le rédacteur principal du décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmis par voie électronique.

Comme indiqué dans le projet d'insertion, l'article 25 de la loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé, a créé un identifiant de santé, choisi et défini par décret, et utilisé à l'occasion de toute prise en charge par un professionnel de santé, un établissement de santé ou un réseau de santé. Sachant que la CNIL, dans son avis du 20 février 2007 sur l'utilisation du NIR (numéro d'identification au répertoire des personnes physiques) comme identifiant de santé, en a rejeté l'utilisation au motif que le NIR était « signifiant » (sur le sexe, la date et le lieu de naissance) et que l'autorisation d'utiliser le NIR dans le secteur de la santé constituerait un précédent pour les autres administrations, qui demanderaient elles aussi à pouvoir l'utiliser, la MISS travaille depuis lors sur un nouveau scénario, en coordination avec les directions du ministère de la santé (DSS, DHOS, DGS) et en lien avec la CNAMTS, la caisse des dépôts et consignations et le GIP DMP. Ce scénario en élaboration est conforme à l'avis de la CNIL tout en répondant aux besoins d'échanges entre professionnels de santé, notamment dans le cadre du DMP. Je confirme que c'est l'option de la génération d'un identifiant spécifique et non signifiant, dérivé du NIR qui, en l'espèce, est envisagée actuellement.

La date de la généralisation de la carte CPS dans les établissements de santé a été fixée par le décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 lequel indique que ces établissements disposent d'un délai de trois ans à compter de la publication du dit décret pour utiliser la carte de professionnel de santé. Ce texte a été élaboré sous l'égide de la MISS en liaison avec les directions concernées et les groupements externes.

Chapitre XII
L'avenir du régime agricole

RÉPONSE DE LACAISSE CENTRALE DE MUTALITÉ SOCIALE AGRICOLE (CCMSA)

Je souhaite simplement préciser à nouveau quelques données essentielles sur deux sujets majeurs évoqués par la Cour : l'effort contributif des exploitants agricoles et l'organisation et le pilotage du réseau de caisses MSA.

- L'effort contributif des exploitants agricoles

L'effort contributif propre des exploitants représente 3 Md€ (cotisations et CSG) soit 17,2 % des charges du régime qui s'élèvent à 16 Md€. Cette situation structurellement déficitaire, qui trouve son origine dans une pyramide démographique très déséquilibrée, explique l'importance du recours à la solidarité nationale et interprofessionnelle.

Au regard des besoins de financement, l'enjeu financier lié à la question de la parité de l'effort contributif des non salariés est donc minime. C'est sans doute l'importance, justifiée, attachée au respect de l'équité qui explique le nombre d'études et rapports consacrés à ce comparatif, même si on peut s'étonner que les non salariés non agricoles ou les fonctionnaires ne fassent pas l'objet d'une attention aussi soutenue.

Pour autant, les nombreuses analyses n'ont pas permis de déboucher sur des conclusions définitives et incontestables, compte tenu notamment du différentiel de droits et de la diversité des méthodes utilisées.

Un consensus se dégage toutefois pour estimer que, s'il y a un différentiel il trouve essentiellement son origine dans un problème d'assiette et non de taux. La MSA souhaite donc insister sur les trois points suivants :

- S'agissant de l'imposition au forfait qui concerne encore plus de 40 % des exploitations assujetties aux cotisations sociales (mais dont le nombre de bénéficiaires est en constante diminution) et qui pourrait être source de pertes d'assiette, le Conseil d'administration de la CCMSA a pris position, à plusieurs reprises, pour la remise en cause de ce dispositif dont l'évolution relève exclusivement des pouvoirs publics.

- Concernant les cotisations sociales et les différentes mesures concourant, selon la Cour, à une réduction de l'assiette sociale, la MSA précise à nouveau que sur les 61 millions d'exonérations de cotisations en 2005, 54 millions, soit 80 % se rapportent à l'allègement des charges des jeunes agriculteurs en période d'installation. Ces aides destinées à pérenniser les entreprises en phase de démarrage existent dans d'autres secteurs d'activité et ne sont donc pas une spécificité agricole. Il en est de même des

aides à l'emploi, également versées par l'Etat dans nombre de secteurs d'activités et pas seulement en agriculture.

- Enfin, il ne semble pas possible de considérer que la constitution de sociétés en agriculture réponde, prioritairement, à une stratégie d'évasion de cotisations sociales. Et s'il n'appartient pas à la MSA de porter un jugement sur la diversité des formes juridiques permettant d'exercer une activité agricole, elle remarque néanmoins qu'une gamme équivalente existe pour l'exercice de professions indépendantes, artisanales ou commerciales.

- L'organisation du réseau et les dispositifs de pilotage de la MSA

L'optimisation de l'organisation de son réseau et le renforcement de ses capacités de pilotage sont les objectifs prioritaires de la MSA dans le processus de modernisation ouvert depuis près de dix ans. La MSA est ainsi, déjà largement engagée dans la mise en œuvre des recommandations de la Cour pour améliorer l'efficacité de sa gestion et c'est d'ailleurs, le sens du second plan d'action stratégique adopté en 2006 par l'assemblée générale de la CCMSA. Il met l'accent sur la mise en place d'un dispositif plus réactif, susceptible de garantir la cohérence des politiques institutionnelles et d'achever, en 2010, la restructuration du réseau (objectif inscrit également dans la COG)

- Concernant la restructuration du réseau : en 2010, le réseau de la MSA sera de 35 caisses, pluri départementales pour la quasi-totalité. A cette date il n'y aura plus de fédérations. Le processus de restructuration se poursuit en 2007. Le 31 mars dernier l'ensemble des caisses MSA concernées se sont engagées sur les grandes échéances de leur processus de rapprochement qui sera abouti en 2010. Ainsi entre 2000 et 2010, le réseau de la MSA sera passé de 74 à 35 caisses.

Il est indéniable que la création de caisses pluri départementales entraîne des actions porteuses d'économie et de gains de productivité qui portent, en priorité, sur les fonctions supports (RH, comptabilité, communication). Elle impacte aussi le domaine des prestations et des cotisations favorisant ainsi notamment la mutualisation des expertises et l'optimisation des procédures de travail qui ont conduit certaines caisses à faire le choix de la spécialisation des sites par législation. Il faut également ajouter que la mutualisation des tâches existe également entre caisses non regroupées tant au niveau régional que national dans les domaines de l'informatique, de l'éditique, de l'organisation de la formation et des achats.

- Sur la productivité du régime agricole : en premier lieu il faut de nouveau souligner, que la productivité de la MSA, guichet unique des 4 branches, ne peut être que partiellement comparée à celle des caisses gérant une seule branche. Pour autant, la MSA est pleinement inscrite dans le dispositif de benchmarking créé par la direction de la sécurité sociale, dont l'objectif est de déterminer et de comparer des indicateurs communs de coûts et de performance pour les branches maladie et vieillesse. En 2006, elle a

fourni 60 des 88 indicateurs interrégimes demandés et c'est elle qui en produit aujourd'hui le plus ; Il faut ajouter que durant cette période, la MSA a mis en œuvre sans moyen supplémentaire, la gestion de la RCO (retraite complémentaire obligatoire des exploitants agricoles) et de l'ATEXA (assurance accidents du travail et maladies professionnelles des exploitants agricoles).

- Sur les dispositifs de pilotage et de contrôle : la CCMSA précise que le dispositif de contrôle interne est en cours d'achèvement et que la démarche d'audit interne en cours de structuration. La CCMSA satisfera, comme prévu, à ses obligations de certification des comptes combinés du régime agricole en 2008.

Par ailleurs, le dispositif de lutte contre la fraude à la protection sociale exigé par les pouvoirs publics est également en cours d'élaboration et le directeur en charge de cette mission a été nommé.

La MSA est un régime animé par les valeurs de solidarité et de responsabilité du mutualisme, avec des conseils d'administration élus et composés de bénévoles issus des 27 000 délégués désignés par l'ensemble des ressortissants du régime. C'est sur ce mode de fonctionnement historique, actualisé, modernisé que le régime agricole agit au service de ses assurés. La MSA a su une nouvelle fois démontrer sa capacité d'évolution lors de l'assemblée générale de la CCMSA le 21 juin dernier, d'une part en votant la charte de la gouvernance qui définit de nouvelles règles de fonctionnement visant à renforcer l'équilibre entre cohérence institutionnelle et autonomie de chacune des caisses, d'autre part en adoptant une résolution fixant le périmètre géographique des 35 caisses et mandatant le Conseil central pour l'appliquer.

RÉPONSE DE L'ASSOCIATION APRIA-RÉUNION DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCE (APRIA-RSA)

De l'extrait du projet de rapport qui lui a été communiqué, APRIA RSA comprend que des efforts de productivité sont demandés à la MSA. On ne voit pas en quoi la suppression de la gestion déléguée à APRIA RSA., considérée en soi comme un « problème » serait de nature à augmenter la productivité des caisses de MSA.

En effet, la Cour n'apporte pas la démonstration qu'un transfert d'activité, qui d'ailleurs devrait s'accompagner du transfert des personnels en application de l'article L. 122-12 du code du travail, permettrait d'accroître la productivité de la MSA et de réduire ses coûts de gestion, alors même que ceux d'APRIA RSA. sont moins élevés comme l'a relevé l'autorité de tutelle.

Par ailleurs, APRIA RSA. tient à souligner que le fondement du raisonnement de la Cour selon lequel la « concurrence entre les opérateurs » serait très « théorique » manque en fait. La loi n'organise aucune concurrence

entre les deux réseaux d'opérateurs. Elle donne seulement la possibilité à l'exploitant agricole de choisir son réseau et d'en changer. C'est la qualité du service perçue qui est l'argument décisif du choix entre les opérateurs. A cet égard, la dernière enquête de satisfaction à la réalisation de laquelle APRIA RSA procède régulièrement montre que 98 % des assurés sont satisfaits.

Au total APRIA RSA. considère que c'est d'abord au sein de chaque réseau que les efforts de productivité doivent être réalisés par l'adaptation des outils et du volume des effectifs aux charges.

La Cour s'appuyant sur l'exemple du régime social des indépendants (RSI) demande une réforme de la tutelle par le transfert de celle-ci à la CCMSA qui disposerait à l'égard des opérateurs de pouvoirs identiques à ceux du ministère de l'agriculture.

Mais si la Cour, dans son rapport de 2006 approuvait l'organisation du RSI c'est parce qu'elle sépare les «fonctions de pilotage» relevant du régime des « fonctions de mise en oeuvre » relevant des opérateurs.

Le Cour ne peut méconnaître que tel n'est pas le cas dans l'organisation en vigueur en matière de protection sociale agricole où ces fonctions sont imbriquées. C'est pourquoi, APRIA RSA poursuit avec le ministère de l'agriculture la mise au point d'une convention permettant encore d'améliorer la qualité du service rendu aux assurés qu'il s'agisse de l'AMEXA ou de l’ATEXA.

GLOSSAIRE

AAA	Association des assureurs en AEXA
AAH	Allocation aux adultes handicapés
AC	Aide à la contractualisation
ACBUS	Accord de bon usage des soins
ACCT	Agence comptable centrale du Trésor
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
AEI	Aide exceptionnelle à l'investissement
AES	Allocation d'éducation spéciale
AEXA (ATEXA)	Régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des exploitants agricoles
AFEAMA	Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agrée
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
AHI	Accueil – hébergement - insertion
ALD	Affection de longue durée
ALS	Allocation de logement à caractère social
AME	Aide médicale de l'Etat
AMEXA	Assurance maladie des exploitants agricoles
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AMPI	Assurance maladie des professions indépendantes
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
API	Allocation de parent isolé
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
APL	Aide personnalisée au logement
APR	Allocation de préparation à la retraite
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaire
ASMR	Amélioration du service médical rendu
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
AT-MP	Accidents du travail – maladies professionnelles
AVPF	Assurance vieillesse des parents au foyer

BAM	Bénéficiaire actif moyen
BAP	Bénéficiaire actif pondéré
BAPSA	Budget annexe des prestations sociales agricoles
BMAF	Base mensuelle des allocations familiales
BNC	Bénéfices non commerciaux
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMR	Caisse de retraite des chemins de fer secondaires
CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles
CANSSM	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
CARCD	Caisse autonome de retraite des chirurgiens dentistes
CASF	Code de l'action sociale et de la famille
CCMSA	Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CDC	Caisse des dépôts et consignations
CEPP	Commission d'évaluation des produites et prestations
CEPS	Comité économique des produits de santé
CERTI	Centres régionaux de traitements de l'informatique
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CICAT	Centre d'intervention et de conseil sur les aides techniques
CIRE	Cellule interrégionale d'épidémiologie
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination
CMCAS	Caisse mutuelle complémentaire et d'action sociale
CMD	Catégorie majeure de diagnostics
CMR	Caisse mutuelle régionale
CMSA	Caisse de mutualité sociale agricole
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNBF	Caisse nationale des barreaux français

CNC	Conseil national de la comptabilité
CNEDI	Centre national d'études et de développement informatique
CNIEG	Caisse nationale des industries électriques et gazières
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNMSS	Caisse nationale militaire de sécurité sociale
CNPS	Centre national des professions de santé
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COR	Conseil d'orientation des retraites
COREC	Comité régional d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale
CORERPA	Comité régional des retraités et personnes âgées
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPG	Contrat pluriannuel de gestion
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CPR-SNCF	Caisse de retraite et de prévoyance de la SNCF
CPS	Caisse de prévoyance sociale
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CRFPP	Centres régionaux de formation et de perfectionnement professionnels
CSA	Contribution de solidarité pour l'autonomie
CSG	Cotisation sociale généralisée
CSS	Code de la sécurité sociale
CTA	Contribution tarifaire d'acheminement
CTI	Centre technique informatique
CTRI	Comité technique régional et inter-départemental
C3S	Contribution sociale de solidarité des sociétés
DAC	Dotation annuelle complémentaire
DAIPE	Dispositif d'aide à l'investissement petite enfance
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DG	Dotation globale
DGCP	Direction générale de la comptabilité publique
DGD	Dotation globale de décentralisation
DGDDI	Direction générale des douanes et droits indirects
DGF	Dotation globale de financement
DGFAR	Direction générale de la forêt et des affaires rurales

DGI	Direction générale des impôts
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIPE	Dispositif d'investissement petite enfance
DMI	Dispositifs médicaux implantables
DMS	Durée moyenne de séjour
DRASS	Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSI	Démarche de soins infirmiers
DSS	Direction de la sécurité sociale
EDF	Electricité de France
EIR	Échantillon inter-régimes des retraités
EHPAD	Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
ENC	Echelle nationale des coûts.
EONIA	European OverNight Index Average
EPAS	Échantillon permanent des assurés sociaux
ETP	Équivalent temps plein
FAF	Fonds assurance formation
FFAPA	Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FAS	Fonds d'action sociale
FASMO	Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé
FCAATA	Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
FFIPSA	Fonds de financement de la protection sociale agricole
FIMHO	Fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux
FIPE	Fonds d'investissement petite enfance
FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FMCP	Fonds de modernisation des cliniques privées
FMES	Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé
FMESPP	Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
FNAH	Fonds national pour l'amélioration de l'habitat
FNAL	Fonds national d'aide au logement

FNAM	Fonds nationale de l'assurance maladie
FNAS	Fonds national d'action sociale
FNASS	Fonds national d'action sanitaire et social
FNASSPA	Fonds national d'actions sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées
FNGA	Fonds national de la gestion administrative
FNH	Fonds national pour l'habitat
FNI	Fichier national d'identification
FNL	Fonds national de l'habitat
FORMMEL	Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale
FPH	Fonction publique hospitalière
FRR	Fonds de réserve pour les retraites
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GAMEX	Groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GIE	Groupement d'intérêt économique
GIP	Groupement d'intérêt public
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (ou des carrières)
GVT	Glissement-vieillesse-technicité
HAD	Hospitalisation à domicile
HCICOSS	Haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
IDEL	Infirmier diplômé d'Etat libéral
IEG	Industries électrique et gazière
IFAC	Fédération internationale des experts comptables
IFRS	International Financial Reporting Standards
IJ	Indemnités journalières
IQL	Indicateur de la qualité de liquidation
IRDES	Institut de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LEEM	Les entreprises du médicament
LFI	Loi de financement initiale
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
LOOM	Loi d'orientation relative à l'outre-mer
LPPR	Liste des produits et prestations remboursables

MAINH	Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCP	Mission comptable permanente
MEAH	Mission d'expertise et d'audit hospitalier
MERRI	Mission d'enseignement, recherche, référence, recours et innovation
MG	Mutuelle générale
MGEN	Mutuelle générale de l'éducation nationale
MIG	Mission d'intérêt général
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MNH	Mutuelle nationale des hospitaliers
MO	Molécules onéreuses
MSA	Mutualité sociale agricole
MT2A	Mission opérationnelle pour l'expérimentation et la mise en place de la tarification à l'activité
NIR	Numéro d'identification au répertoire
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux
OASIS	Outil d'aide aux sondages et à l'investigation statistique
OD	Objectif de dépenses
OD	Organismes délégués
ODD	Objectif de dépenses déléguées
ODAC	Organismes divers d'administration centrale
ODMCO	Objectif de dépense de médecine et de chirurgie obstétrique
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national
PAJE	Prestation d'accueil des jeunes enfants
PAP	Plan- d'action personnalisé
PAR	Produits à recevoir
PCG	Plan comptable général
PCU	Plan comptable unique
PERCO	Plan d'épargne pour la retraite collectif
PERP	Plan d'épargne retraite populaire
PIRES	Protocole inter-régime d'examen spécial
PMF	Présentation médicale facultative
PMS	Plan de maîtrise socle
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes

	d'information
PNIR	Programme national inter-régimes
PPESV	Plan partenarial d'épargne salarial volontaire
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie
PSE	Prestation de service enfance
PSI	Plan de soins infirmiers
PSO	Prestations de services ordinaires
RAM	Réunion des assureurs maladie
RSA	Résumé de sortie anonymisé
RSI	Régime social des travailleurs indépendants
SLM	Section locale mutualiste
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SMR	Service médical rendu
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SNIR	Système national inter régimes
SNIREP	Système national inter-régimes des établissements privés
SRITEPSA	Service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite ou de réadaptation
STIF	Syndicat des transports Ile-de-France
T2A	Tarification à l'activité
TCAM	Taux de croissance annuel moyen
TCDC	Tableau de centralisation des données comptables
TEE	Tableau économique d'ensemble
TFR	Tarif forfaitaire de responsabilité
TIPP	Taxe intérieure sur les produits pétroliers
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UCANSS	Union des caisses nationales de sécurité sociale
UGECAM	Union pour la gestion des établissements de caisse d'assurance maladie
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNEDIC	Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URSSAF	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales