

COUR DES COMPTES

# Synthèse

## La sécurité sociale

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

Septembre 2012

### **Avertissement**

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

Seul le rapport engage la Cour des comptes. Les réponses des administrations et des organismes concernés sont insérées dans le rapport.

**Présentation.** .....5

## **Première partie - Les comptes et le financement de la sécurité sociale**

**1 - Les déficits et l'endettement de la sécurité sociale : situation 2011 et perspectives** .....9

**2 - L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2011** 13

**3 - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial 2011** .....17

**4 - La certification des comptes du régime général de sécurité sociale par la Cour des comptes : un premier bilan** .....21

**5 - Le financement de la sécurité sociale par l'impôt** .....25

## **Deuxième partie - Les difficultés de mise en oeuvre de certaines réformes**

**6 - La réforme des régimes de retraite de la SNCF et de la RATP** .....29

**7 - Le régime social des indépendants et l'interlocuteur social unique** .....33

**8 - La mise en place des agences régionales de santé** .....37

## **Troisième partie - L'efficacité du système de soins**

**9 - Le rôle de l'ordre national des médecins dans l'organisation des soins et le respect de la déontologie médicale** .....41

# Sommaire

- 10 - La prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels libéraux de santé ..... 45
- 11 - Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie ..... 49
- 12 - Les activités de soins de suite et de réadaptation ..... 53
- 13 - La certification des hôpitaux par la Haute Autorité de santé 57

## **Quatrième partie - La solidarité à l'égard des retraités et des familles**

- 14 - La couverture vieillesse des personnes les plus pauvres ... 61
- 15 - Les dispositifs sociaux et fiscaux propres aux retraités .... 65
- 16 - La fonction redistributive des prestations familiales conditionnées par les ressources ..... 69

## **Cinquième partie - Les besoins d'amélioration de la gestion de la sécurité sociale**

- 17 - Le pilotage et la gestion du système d'information de la branche famille du régime général ..... 73
- 18 - Les indemnités journalières versées au titre de la maladie par le régime général ..... 77

*Le rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale présente le résultat des travaux de la Cour des comptes sur la sécurité sociale.*

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

*Le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) a amorcé un repli en 2011 mais est demeuré très élevé, en dépit du respect de l'ONDAM pour la deuxième année consécutive. A -20,9 Md€, il représente plus du double de celui des années 2007-2008. En s'appuyant en particulier sur ses travaux de certification des comptes de régime général, la Cour a rendu un avis sur les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial joints au projet de loi de financement pour la sécurité sociale, qui attestent de l'ampleur de la dégradation des comptes sociaux.*

*L'essentiel du chemin pour parvenir à l'équilibre reste à faire. Pour 2012 et les années suivantes, malgré les nouvelles recettes votées cet été, la trajectoire de réduction des déficits marque le pas, avec un déficit du régime général supérieur de près d'1 Md€ aux prévisions de la loi de financement pour 2012 et la nécessité de prévoir une nouvelle reprise de dette au titre des déficits des branches maladie et famille qui devraient atteindre plus de 9 Md€. Près de 60 Md€ de dettes sociales pourraient s'accumuler d'ici la fin de la décennie, en plus des 62 Md€ que la loi a déjà prévu de transférer à la CADES au titre de la branche vieillesse et du FSV de 2011 à 2018.*

*Si un effort exigeant de redressement n'était pas rapidement engagé, la dette sociale continuera à croître alors même qu'elle constitue une anomalie profonde et ne peut continuer à être reportée davantage sur les générations futures. Tous les leviers de l'action publique doivent ainsi être mobilisés. Pour éclairer les choix, la Cour a examiné dans le cadre du présent rapport 80 Md€ de recettes et 40 Md€ de dépenses.*

## **Des réformes aux effets peu assurés**

*La Cour a étudié la contribution de réformes d'organisation ou de structure à l'équilibre des finances sociales.*

*Le financement de la sécurité sociale par des impôts et taxes affectés représente 12 % des recettes des régimes de base, et constitue de facto, à côté des cotisations sociales et de la contribution sociale généralisée, le troisième pilier des ressources de la sécurité sociale. Une réflexion d'ensemble est nécessaire pour clarifier la place de cet agrégat*

# Présentation

*instable et peu responsabilisant dans l'architecture du financement de la sécurité sociale.*

*La réforme des régimes spéciaux de retraite de la SNCF et de la RATP a en partie permis d'atteindre l'objectif d'harmonisation avec la fonction publique, mais avec des surcoûts élevés pour les entreprises, et un impact très limité sur l'équilibre financier des régimes. La création du régime social des indépendants fin 2005 et la mise en place d'un interlocuteur social unique ont provoqué des difficultés majeures pour nombre d'assurés et entraîné des pertes de recettes (de 1 à 1,5 Md€ fin 2010) qui ont pesé sur les comptes sociaux.*

*Les agences régionales de santé créées en 2009 ont été installées dans des conditions satisfaisantes, mais un pilotage moins centralisé, des progrès dans leur positionnement et des moyens adaptés sont indispensables à la pleine réussite de leurs missions, notamment celle concernant l'amélioration du fonctionnement de la filière activités de soins de suite et de réadaptation, dont le coût pour l'assurance maladie devrait être de 7,8 Md€ en 2012.*

## **De multiples leviers d'optimisation du système de soins**

*La prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels libéraux de santé conventionnés devrait être plus activement mise au service des objectifs prioritaires de l'assurance maladie, en particulier celui d'une meilleure répartition des professions de santé et d'une limitation des dépassements d'honoraires.*

*Le rôle de l'ordre national des médecins dans le contrôle de la déontologie et notamment du respect du tact et de la mesure dans la détermination des honoraires a une portée trop limitée.*

*En matière de transports de patients à la charge de l'assurance maladie, la Cour estime à 450 M€ par an au minimum les économies possibles, soit 13 % d'une dépense totale en progression soutenue (3,5 Md€).*

*La certification des établissements hospitaliers publics et privés par la Haute autorité de santé a fortement progressé mais sa sélectivité et sa prise en compte dans les contrats d'objectif des établissements sont perfectibles.*

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

*La Cour a analysé la réalité contrastée de la situation des retraités. Le minimum vieillesse conserve aujourd'hui un rôle essentiel pour limiter le taux de pauvreté des*

*retraités les plus modestes, ce qui rend impératif de mettre fin au déséquilibre structurel du fonds de solidarité vieillesse qui en assure le financement. Pourtant, la population retraitée s'avère aujourd'hui, sous l'angle financier, dans une situation globale en moyenne légèrement plus favorable que celle des actifs, notamment des plus jeunes. La Cour estime nécessaire à cet égard de reconsidérer certaines des dépenses fiscales et « niches sociales » dont ils bénéficient, en préservant la situation des retraités les plus fragiles, de manière notamment à redéployer les moyens vers de nouveaux besoins de solidarité.*

*En matière de politique familiale, la Cour recommande de revoir l'économie d'ensemble des prestations conditionnées par les ressources, dont les effets en termes de réduction des inégalités de revenus s'avèrent limités.*

## **Des économies nécessaires dans la gestion de la sécurité sociale**

*La Cour a examiné les systèmes d'information de la branche famille et recommande une redéfinition en profondeur des objectifs stratégiques et de ses modalités de pilotage et de gestion. S'agissant des indemnités journalières pour maladie servies par le régime général (6,4 Md€ en 2011), elle propose une stratégie beaucoup plus ferme de régulation auprès des assurés sociaux, des entreprises et du corps médical, une simplification accrue et un renforcement des contrôles et de la lutte contre la fraude.*

\*\*\*

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

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

### Des déficits en 2011 encore massifs bien qu'en recul

Après avoir atteint un niveau sans précédent en 2010 (-28 Md€) soit 1,4 % du PIB, le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) a amorcé un repli en 2011.

Il est toutefois demeuré à un niveau particulièrement élevé : à -20,9 Md€ (1 % du PIB), il représente plus du double de celui des années 2007-2008.

Cette amélioration de la situation financière constatée en 2011 est due avant tout à l'apport de ressources nouvelles et à une bonne tenue de la masse salariale, même si une certaine modération des dépenses dont témoigne en particulier le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie y a contribué. Les mesures nouvelles de recettes affectées aux branches du régime général et au FSV (7 Md€) représentent la quasi-totalité de la réduction des déficits (7,1 Md€).

Situation des comptes du régime général et du FSV (en Md€)

|                | 2011  | 2010  | Diminution |
|----------------|-------|-------|------------|
| Maladie        | -8,6  | -11,6 | 3          |
| AT             | -0,2  | -0,7  | 0,5        |
| Famille        | -2,6  | -2,7  | 0,1        |
| Vieillesse     | -6,0  | -8,9  | 2,9        |
| Régime général | -17,4 | -23,9 | 6,5        |
| FSV            | -3,5  | -4,1  | 0,6        |
| RG + FSV       | -20,9 | -28   | 7,1        |

Source : comptes des branches du régime général et du FSV

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

L'essentiel du chemin pour ramener à l'équilibre des comptes sociaux reste cependant à faire :

- le déficit du seul régime général en 2011 se situe à des niveaux exceptionnellement élevés (-17,4 Md€ soit 0,9% du PIB). Sa composante structurelle en représente les deux tiers et reste au niveau moyen constaté sur la dernière décennie ;

- la situation du FSV demeure encore très préoccupante : son déficit (3,5 Md€) a représenté 19,7 % des charges nettes en 2011. Malgré l'apport de recettes nouvelles, il va augmenter à nouveau en 2012 (à 4,1 Md€ selon les dernières estimations) ;

- certains régimes connaissent également des déséquilibres structurels : retraite des agents des collectivités locales et des hôpitaux (CNRACL), branche vieillesse des exploitants agricoles et régime des mines.

## Une progression continue de la dette sociale

L'endettement social est principalement porté par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et l'ACOSS.

Malgré la reprise en 2011 par la CADES de 65,3 Md€ de déficits cumulés des années antérieures, montant sans précédent depuis sa création, la dette sociale se creuse de nouveau.

Si jusqu'en 2018 le transfert à la CADES d'une partie de celle-ci

(assurance vieillesse et FSV) est déjà organisé et financé, ce n'est pas le cas des déficits de la branche maladie et de la branche famille. Ces derniers devraient atteindre dès 2012 plus de 9 Md€, pour lesquels rien n'est prévu.

Une nouvelle reprise de dette s'avère ainsi d'ores et déjà indispensable dès la clôture de l'exercice 2012. Elle nécessitera un surcroît de ressources pour la CADES : si, comme la Cour l'a précédemment préconisé, il passait par un relèvement correspondant du taux de la CRDS, ce dernier devrait alors augmenter de 0,50 % à 0,56 %.

## Une situation qui demeure toujours particulièrement préoccupante

### *Des déficits qui resteront élevés en 2012*

La Cour a procédé à une actualisation des prévisions présentées début juillet 2012 dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques. Malgré les nouvelles recettes votées à l'été et en dépit d'un ONDAM qui devrait à nouveau tenu, le déficit du régime général devrait être, toutes choses égales par ailleurs, de 14,7 Md€, soit un niveau supérieur à celui prévu par la LFSS pour 2012 (13,8 Md€), et une réduction de seulement 2,7 Md€ par rapport à celui de 2011.

Le déficit du FSV devrait être maintenu à 4,1 Md€ en 2012, ainsi que la LFSS le prévoyait. Les effets de la



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

dégradation de la situation de l'emploi devraient être compensés par l'apport supplémentaire de ressources du fait de l'augmentation du forfait social.

*A moyen terme, un retour à l'équilibre nécessite de nouvelles mesures de redressement*

Sur la base d'hypothèses économiques prudentes et en intégrant les mesures de recettes votées à l'été 2012, la Cour a cherché à éclairer la situation des comptes sociaux à moyen terme :

- ainsi le déficit annuel de l'assurance vieillesse et du FSV perdurerait après 2018 à un niveau de l'ordre de 9 Md€, bien loin du retour à l'équilibre que la réforme des retraites ambitionnait pour la même date ;

- s'agissant de l'assurance maladie, sa capacité à retrouver un équilibre annuel sans accroître davantage les prélèvements obligatoires dépend de l'effort de maîtrise de l'ONDAM : un taux de croissance annuel de 2,4 %

assure un retour à l'équilibre en 2017, un taux de croissance à 2,7 % le repousse à 2019 ;

- s'agissant de la branche famille, confrontée à une diminution progressive de ses ressources liées en partie à des transferts de ressources non pérennes, son déficit annuel devrait, toutes choses égales par ailleurs, se stabiliser à un niveau de l'ordre de 2 Md€.

En l'absence de mesures complémentaires de redressement, et sous l'hypothèse d'un ONDAM progressant de 2,7 % par an, près de 60 Md€ de dettes sociales seraient ainsi susceptibles de s'accumuler d'ici la fin de la décennie sur le périmètre du régime général et du FSV, au-delà de ce que la loi a aujourd'hui prévu de transférer à la CADES.

Dès lors, il est impératif de prévoir dès 2013 la reprise par la CADES du déficit 2012 du régime général et d'engager un effort continu et de grande ampleur sur les dépenses.

## Recommandations

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

→ 2. Intensifier la maîtrise des dépenses sociales, notamment

d'assurance maladie et augmenter les recettes en agissant prioritairement sur les « niches » sociales (recommandation réitérée).

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

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

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

### Un ONDAM respecté pour la deuxième année consécutive

Le taux d'évolution de l'ONDAM a été fixé à 2,9 % en 2011 (contre 3 % en 2010), pour un montant de 167,1 Md€. Cet objectif correspond à une dépense supplémentaire de 4,7 Md€ pour l'année 2011. Pour la deuxième année consécutive et pour la troisième fois seulement depuis son institution, cet objectif a été respecté, avec même une sous exécution de 0,5 Md€. Ce résultat appréciable a contribué à l'amorce de réduction des déficits de la sécurité sociale constatée en 2011.

### Un pilotage plus fin et plus ferme

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

Le rôle du comité d'alerte, composé de personnalités qualifiées, a été

renforcé, avec la décision de rendre deux avis supplémentaires. Le suivi de l'ONDAM a été amélioré par la mise en place d'un groupe de suivi statistique. Enfin, un comité de pilotage utilise l'ensemble des informations pour prendre les décisions nécessaires. La volonté de maîtrise rigoureuse des dépenses d'assurance maladie s'est traduite par plusieurs mesures :

- des crédits ont été mis en réserve à titre de précaution en début d'exécution (pour un montant de 530 Md€) ;
- certains d'entre eux, principalement concernant les établissements de santé, ont été annulés (338 M€) ;
- des mesures nouvelles n'ont pas été mises en œuvre (420 Md€), ainsi la revalorisation des professionnels des actes de santé a été limitée à la consultation des médecins généralistes ;
- les mesures d'économies arrêtées lors de l'élaboration de l'ONDAM ont fait l'objet d'un suivi attentif (elles ont représenté un montant total de 2,35 Md€ soit 98 % des mesures décidées).

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

## Malgré ces avancées, quelques limites à l'appréciation du respect de l'ONDAM

### *Un effet de construction favorable*

L'exécution de l'ONDAM 2011 a bénéficié de la surestimation de sa base de construction (les dépenses attendues au titre de l'année 2010). Si diverses mesures n'avaient pas permis d'en neutraliser l'effet, en maintenant une sous-exécution de même montant de l'ONDAM en 2011, le rythme de progression de l'ONDAM n'aurait pas été limité à l'objectif de 2,9 % mais aurait atteint 3,2 %. La sous-exécution ainsi obtenue a compensé les effets de la surestimation, d'un même montant, des dépenses 2010.

### *Des éléments complémentaires à prendre en compte*

Des travaux visant à identifier et à réaffecter l'ensemble des dépenses non régulées du périmètre de l'ONDAM doivent être engagés.

Le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale devrait rendre compte de l'exécution de l'ONDAM sur trois exercices, afin d'intégrer le résultat du dénouement des provisions initialement comptabilisées.

## Un effort à maintenir

L'effet favorable lié à la surestimation de la base des dépenses crée le même risque de dépassement pour l'ONDAM 2012.

A défaut de régulation, si le montant des dépenses prévisionnelles était strictement respecté, le taux d'évolution effectif serait de 2,7 % et non de 2,5 % comme la loi de financement pour la sécurité sociale l'a fixé.

La mise en œuvre complète des économies initialement prévues et une gestion très prudente des crédits gelés s'imposent donc pour limiter effectivement à 2,5 % la progression de l'ONDAM en 2012.

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

## Recommandations

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

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

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

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

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

Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial pour 2011, établis par le ministère chargé de la sécurité sociale, sont soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Conformément aux textes, la Cour en a vérifié la cohérence.

*Une image cohérente des résultats et de la situation patrimoniale*

- s'agissant des tableaux d'équilibre :

Les tableaux d'équilibre retracent les produits, les charges et les résultats des régimes de sécurité sociale pris dans leur

ensemble, des branches du régime général et du FSV.

Les résultats de l'ensemble des régimes obligatoires de base, des branches du régime général de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse retracés dans les tableaux d'équilibre se caractérisent par des déficits massifs, bien qu'en diminution par rapport à leur niveau historique de 2010 :

### Résultats des régimes de sécurité sociale

*En Md€*

|                              | Déficits 2011 | Déficits 2010 |
|------------------------------|---------------|---------------|
| Régimes obligatoires de base | -19,6 Md€     | -25,7 Md€     |
| Régime général               | -17,4 Md€     | -23,9 Md€     |
| FSV                          | - 3,5 Md€     | - 4,1 Md€     |

Source : ministère chargé de la sécurité sociale

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

- s'agissant du tableau patrimonial :

Cedocument a pour objet d'améliorer l'information du Parlement sur la situation patrimoniale des entités comprises dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale (à la différence des tableaux d'équilibre, sont également compris la Caisse d'amortissement de la dette sociale -CADES- et le fonds de réserve pour les retraites -FRR-).

Compte tenu des déficits, l'endettement global de ces entités retracé par le tableau patrimonial enregistre une nouvelle augmentation par rapport à l'exercice précédent.

Le passif financier net de la sécurité sociale subit une nette augmentation, celui-ci s'élevant au 31 décembre 2011 à 111 Md€, soit 5,5% du PIB, contre 96 Md€ au 31 décembre 2010, soit 4,9 % du PIB. L'augmentation de ce passif par rapport à l'année précédente est principalement la conséquence des déficits de l'exercice 2011 des branches du régime général et du FSV, dont une part prépondérante est financée par la CADES.

## Une qualité encore insuffisante des états financiers des régimes de sécurité sociale

Les opinions exprimées par les auditeurs externes des branches et de l'activité de recouvrement du régime général (Cour des comptes) et d'une partie des autres régimes et organismes

nationaux de sécurité sociale (commissaires aux comptes) font apparaître une qualité encore insuffisante des états financiers de cette catégorie d'administrations publiques. En particulier, la Cour a refusé de certifier les comptes des branches famille et accidents du travail – maladies professionnelles du régime général ; les comptes du régime social des indépendants ont quant à eux fait à nouveau l'objet d'un refus de certification par ses commissaires aux comptes.

Pour une part, les motifs de refus de certification et les réserves exprimés par les auditeurs externes ont une incidence directe sur le niveau des résultats et sur l'évaluation des actifs et des passifs non financiers qui sont respectivement retracés par les tableaux d'équilibre et par le tableau patrimonial.

Dans une moindre mesure, l'absence de réconciliation de certaines opérations réciproques dénote elle aussi l'existence d'imperfections des états financiers de certaines entités.

## Une information au Parlement à améliorer

L'information communiquée au Parlement sur la situation financière de la sécurité sociale au travers du tableau patrimonial est détaillée et pertinente. En revanche, la qualité de l'information procurée par les tableaux d'équilibre demeure insuffisante.

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

En effet, l'annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale qui a pour objet d'éclairer les produits et les charges indiqués pour leur montant global dans les tableaux d'équilibre :

- ne détaille pas suffisamment la consistance des produits et des charges, qui demeurent présentés à un niveau trop agrégé ;

- ne permet pas d'appréhender l'incidence des retraitements qu'effectue

le ministère chargé de la sécurité sociale par rapport aux produits et aux charges comptabilisés par les régimes ;

- ne fait pas apparaître les variations de produits et de charges (en montant et en pourcentage) et ne comporte aucun commentaire sur les facteurs qui en sont à l'origine.

## Recommandations

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

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

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

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

Au titre de sa mission d'assistance au Parlement et au gouvernement dans le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour doit vérifier depuis 2006 la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des branches (maladie, accidents du travail – maladies professionnelles ou AT-MP, famille et vieillesse) et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale. La Cour a souhaité dresser un premier bilan de la certification des comptes du régime général à l'issue du second cycle triennal d'audit.

### Une contribution majeure à la qualité des comptes publics et à l'amélioration de la gestion de la sécurité sociale

Les travaux d'audit de la Cour se concentrent sur quatre enjeux : les risques d'erreurs affectant les opérations effectuées et comptabilisées au regard de la législation applicable en matière de prélèvements et de prestations ; les

risques d'anomalies affectant les enregistrements comptables au regard des opérations effectuées ; les risques de sur ou de sous-évaluation des résultats ; la qualité de l'information financière.

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

### Des progrès importants

Les quatre organismes nationaux du régime général ont engagé des actions, pour certaines d'envergure, destinées à pallier les risques financiers dont la Cour a constaté qu'ils n'étaient pas couverts avec une efficacité suffisante par les dispositifs de contrôle interne de leurs activités : la correcte intégration dans la comptabilité générale des informations



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

relatives aux opérations effectuées ; l'attribution erronée, pour un montant erroné ou l'absence d'attribution de prestations ; l'absence d'exhaustivité de la collecte des prélèvements sociaux.

Il résulte des six premiers exercices de certification des améliorations souvent appréciables, notamment lorsque les branches se sont engagées dans la refonte des dispositifs de contrôle interne applicables (ce qui est le cas de la totalité d'entre elles), lorsqu'elles se sont dotées d'une comptabilité auxiliaire permettant de justifier les écritures comptables (branche maladie) ou lorsqu'elles ont produit des éléments de justification permettant de compenser pour partie l'absence d'une telle comptabilité (activité de recouvrement).

## Une appropriation inégale de la démarche

Cependant, les chantiers ouverts n'ont pas tous pu encore aboutir et les progrès demeurent inégaux.

Tous les organismes ne se sont pas appropriés de la même manière le processus de certification. Si elle est utilisée comme un catalyseur par l'ACOSS, et à un moindre degré par la CNAMTS, la CNAVTS tarde à engager les chantiers nécessaires. S'agissant de la branche famille, la refonte du dispositif de contrôle interne, dont les limites ont conduit la Cour à refuser de certifier les états financiers pour l'exercice 2011,

constitue un préalable à tout progrès réel.

Par ailleurs, au sein d'un grand nombre d'organismes de base, la certification est encore trop souvent considérée comme étant l'affaire des seuls agents comptables, alors qu'elle concerne au premier chef les directeurs et les services placés directement sous leur autorité.

Enfin, à ce jour, les progrès accomplis n'ont pas permis de certifier sans réserve les états financiers du régime général, c'est-à-dire que la Cour n'a pas pu déclarer qu'elle estime disposer d'une assurance raisonnable sur l'absence d'anomalie significative qui les affecterait. Ainsi, la Cour a refusé de certifier les comptes des branches famille et AT-MP et a certifié avec des réserves les comptes des branches maladie et vieillesse et de l'activité de recouvrement pour l'exercice 2011.

Les organismes nationaux mais aussi leurs autorités de tutelle (les ministères chargés de la sécurité sociale et du budget) doivent donc s'engager plus résolument encore dans la voie d'une levée progressive des réserves exprimées par la Cour, en accélérant les évolutions nécessaires à la sécurisation des recettes et des dépenses.

## Des points de blocage comptables à lever

Les états financiers du régime général continuent à comporter des omissions ou des imperfections dont la

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

correction est tributaire de décisions ministérielles :

- une combinaison du fonds de solidarité vieillesse (FSV) avec la CNAVTS est nécessaire afin de donner une image exacte du déficit de la branche vieillesse, qui est actuellement minoré par rapport à la réalité de ses ressources (compte tenu du déficit structurel du FSV, la branche vieillesse n'encaisse une partie de ses produits que l'exercice suivant) ;

- le principe de la tenue des comptes en droits constatés n'est pas pleinement respecté : certains produits (prélèvements sociaux des travailleurs indépendants, impôts et taxes recouverts par les services de l'Etat) sont toujours comptabilisés suivant une logique de caisse, les provisions pour risques et charges sont encore constatées de manière incomplète (ce qui a constitué le principal motif de refus de certifica-

tion des comptes 2011 de la branche AT-MP) et les annexes aux comptes ne mentionnent pas les engagements pluriannuels très significatifs donnés aux assurés au titre des prestations qui leur ont été attribuées (retraites notamment) ;

- l'imputation directe de charges aux capitaux propres et le traitement du financement des exonérations sur les heures supplémentaires (comptabilisation de produits qui se rattachent à l'exercice suivant) constituent d'autres sources d'anomalies affectant le résultat de l'exercice.

## Recommandations

A l'attention des ministères chargés de la sécurité sociale et du budget :

- 11. Définir par la voie réglementaire des objectifs et des règles précises et opposables en matière de contrôle interne pour l'ensemble des organismes de base et des caisses nationales en cohérence avec les exigences de la certification.

- 12. Intégrer le FSV au périmètre des comptes de la branche vieillesse du régime général.

- 13. Lever les points de blocage relatifs au traitement comptable de certaines opérations ou situations (prélèvements sociaux des travailleurs indépendants, impôts et taxes affectés, provisions pour litiges AT-MP et engagements pluriannuels en matière de prestations sociales).

## 5 Le financement de la sécurité sociale par l'impôt

Distincts des cotisations sociales et de la CSG, les impôts et taxes affectés (ITAF) au financement de la sécurité sociale s'élèvent à 54 Md€ en 2011. Ils pourraient atteindre près de 60 Md€ en 2013 avec la loi de finances rectificative du 16 août 2012.

### Une fiscalité affectée devenue le troisième pilier du financement de la sécurité sociale

Elle représente 12 % des recettes des régimes de base de la sécurité sociale en 2011, après les cotisations sociales (64 %) et la CSG (16 %) et comprend une cinquantaine d'impôts et taxes. Les dix plus importants représentent 85 % du produit total et les trois principaux 61 % (taxe sur les salaires, droits de consommation sur les tabacs et TVA sur certains produits).

Longtemps limitée aux régimes des non salariés, la fiscalité affectée est montée en puissance au cours de la décennie 2000 pour compenser en particulier le coût croissant des allègements de cotisations sociales, réduire les déficits et financer la dette sociale.

Le régime général est désormais le premier bénéficiaire de la fiscalité affectée (à hauteur de 75 % du produit total), même si le régime des indépendants et celui des exploitants agricoles bénéficient de ressources fiscales toujours significatives. En termes de branche, c'est la branche famille et l'assurance maladie qui sont les principaux attributaires.

# Le financement de la sécurité sociale par l'impôt

## Part des ITAF dans les ressources de l'ensemble des régimes de base

En %

|                                    | 2011 |
|------------------------------------|------|
| Toutes branches                    | 11,8 |
| Maladie                            | 14,7 |
| Vieillesse (hors ITAF vers le FSV) | 8,4  |
| Famille                            | 15,1 |
| AT-MP                              | 1,5  |

Source : Données PLFSS, calculs Cour des comptes

### Des avantages limités en termes de diversification d'assiette et de dynamisme des prélèvements

Cette fiscalité affectée est principalement assise sur la consommation (49 % du total 2011, 26,4 Md€), loin devant les rémunérations (26 %, 14 Md€), les entreprises (19 %, 10,2 Md€) et le capital (5 %, 2,9 Md€).

Sur le long terme, la dynamique globale des ITAF est proche de celle des autres sources de financement de la sécurité sociale et n'est pas en tant que telle en mesure d'accélérer le rééquilibrage des comptes sociaux. Les dynamiques sont en revanche contrastées selon les régimes et les branches affectataires, au détriment de

la branche famille et de la branche vieillesse des exploitants agricoles.

### Un dispositif instable et peu responsabilisant

Les modifications incessantes des ITAF au cours des 10 dernières années (répartition entre branches, création de nouvelles taxes affectées) n'ont pas contribué à sécuriser les financements alloués à la sphère sociale. En outre, contrairement à la CSG et à la CRDS, les ITAF sont dépourvus de visibilité pour ceux qui les acquittent et ceux qui en bénéficient in fine. Comme l'illustre la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S) affectée au RSI, et depuis 2011 à la mutualité sociale agricole, le dispositif est largement déresponsabilisant.

# Le financement de la sécurité sociale par l'impôt

## Une meilleure structuration du dispositif désormais indispensable

Dans un contexte où le mouvement de fiscalisation de la protection sociale est probablement appelé à durer, ce 3ème pilier de financement appelle désormais des choix essentiels pour définir plus clairement les lignes de partage et d'évolution de ces différentes ressources.

Sans négliger la priorité de la maîtrise des dépenses et dans une approche à prélèvements obligatoires globalement constants, différentes voies devraient être examinées.

### *Intégrer les allègements généraux de charges dans le barème de cotisations sociales*

Cela conduirait à afficher les taux de cotisation patronale nets, c'est-à-dire réellement supportés par les entreprises, au lieu de l'actuel affichage de taux bruts, plus élevés, sans prise en compte des différents allègements. La déconnection depuis 2011 de l'affectation des recettes destinées à financer les allègements généraux de charges sur les bas salaires de l'évolution de leur coût favorise cette intégration.

### *Redéfinir et simplifier la fiscalité affectée à la sécurité sociale*

Un recentrage du financement fiscal de la sécurité sociale autour d'un nombre plus réduit d'impôts pourrait

s'opérer dans un souci de transparence, avec un dynamisme de la recette au moins équivalent à celui obtenu jusqu'à présent sur l'ensemble des ITAF tout en maintenant une diversification des assiettes par rapport à celle reposant sur le travail.

Cette réduction du nombre de taxes s'accompagnerait de la restructuration des ITAF autour d'un grand impôt de référence. Plusieurs options sont envisageables :

- un partage accru du produit de la TVA entre l'Etat et la sécurité sociale ;
- le renforcement de la fiscalité environnementale affectée à la sécurité sociale ;
- un rapprochement entre ITAF et CSG.

Il conviendrait dans ce cadre de réexaminer l'intérêt de maintenir l'affectation de taxes dont l'assiette est susceptible de placer la sécurité sociale en porte à faux par rapport aux politiques de santé publique (consommation de tabacs et d'alcools).

### *Organiser une discussion générale unique des recettes de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale*

Cette réforme permettrait une approche globale et plus cohérente des sources de financement de l'Etat et de la sécurité sociale. Une discussion générale unique serait suivie d'un examen des volets respectifs des deux textes relatifs aux recettes, avant de passer à l'examen des dépenses.

## Recommandations

→ 14. Examiner le degré de fiscalisation souhaitable pour le financement de chacune des branches de la sécurité sociale (orientation).

→ 15. Intégrer dans le barème des cotisations sociales patronales les allègements généraux de charges.

→ 16. Redéfinir et simplifier la fiscalité affectée à la sécurité sociale

dans le cadre d'une consolidation de ce 3ème pilier de financement.

→ 17. Organiser un examen commun des volets recettes du projet de loi de finances (PLF) et du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

## 6 La réforme des régimes de retraite de la SNCF et de la RATP

Des régimes restés à l'écart des réformes de 1993 et 2003 et fortement subventionnés

Les réformes des retraites intervenues en 1993 pour le régime général puis en 2003 pour le régime des fonctionnaires n'avaient concerné ni le régime de retraite de la SNCF (162 300 cotisants) ni celui de la RATP (43 600 cotisants). Pourtant, confrontés à de lourds défis démographiques et financiers, ces régimes spéciaux font largement appel à la solidarité nationale au travers des importantes subventions versées par l'Etat (en 2012, 3,2 Md€ pour la SNCF et 0,55 Md€ pour la RATP).

Plutôt qu'un alignement sur le régime général des salariés du secteur privé, les pouvoirs publics ont finalement opté en 2007 pour une convergence progressive avec le régime des pensions de la fonction publique. Les principes et les règles de la réforme de 2010 ont été transposés aux deux régimes mais pas ceux de décembre 2011 pour la fonction publique.

Une harmonisation partielle et progressive avec la fonction publique

Le processus de convergence a porté sur trois aspects majeurs :

1) Les règles d'attribution des pensions. La durée totale des services et des bonifications de services ouvrant droit à une retraite à taux plein a été harmonisée avec la fonction publique en étant portée, par palier à 166 trimestres. Le principe de mise à la retraite d'office dès l'ouverture des droits des salariés a été supprimé. Enfin, les règles de durée de service et d'âge pour l'ouverture des droits à retraite ont été progressivement allongées (en 2022, 52 ans pour le personnel roulant ou travaillant en souterrain de la RATP et les agents de conduite de la SNCF ; 57 ans pour les autres agents de la SNCF et ceux de la RATP travaillant en atelier ; 62 ans pour les agents de la RATP classés comme sédentaires).

2) La revalorisation des taux de cotisations.

3) L'indexation des pensions non plus sur les rémunérations des entreprises mais sur l'indice des prix hors tabac, à l'instar des autres régimes de retraites.

# La réforme des régimes de retraite de la SNCF et de la RATP

Toutefois le rythme de mise en œuvre des réformes est très progressif et fortement décalé (entre 5 et 7 ans) par rapport aux modifications apportées au régime des pensions de la fonction publique.

## Des contreparties coûteuses pour les entreprises

La volonté des pouvoirs publics de faire aboutir la réforme s'est traduite par de nombreuses « mesures d'accompagnement » pour les salariés, particulièrement à la SNCF.

Certaines mesures ont été similaires dans les deux entreprises sous forme d'échelons supplémentaires, de mesures de fin de carrière et d'intégration de primes dans la retraite.

Au-delà, les entreprises n'ont pas adopté la même stratégie : à la RATP, les mesures ont visé à compenser les effets de la réforme sur le niveau des pensions (avec une compensation intégrale sur la période mi 2008 - mi 2012) alors qu'à la SNCF, la palette des mesures a été plus large (une vingtaine au total) : le maintien des seniors dans l'entreprise a été encouragé par des majorations salariales, certaines mesures (« prime de pénibilité») ont bénéficié à de nombreux cheminots.

Les agents ont ainsi bénéficié d'avantages appréciables et, pour nombre d'entre eux, d'un réel « effet d'aubaine » dont les fonctionnaires n'avaient pas bénéficié lors de la

réforme de leur régime de pensions en 2003.

Plus encore que sur les entreprises, la plupart de ces contreparties pèseront sur les deux caisses de retraite par l'accroissement des pensions qu'elles généreront.

Des changements comportementaux ont été observés à la SNCF depuis 2009 : les nouveaux retraités ont reculé chaque année leur départ de 0,3 année et le nombre des cheminots qui partent dès l'« âge plancher » a chuté.

## Un bilan essentiellement symbolique

### *Des gains prévisionnels limités à long terme*

En fonction des mesures compensatoires accordées, des données disponibles et des hypothèses de départ des agents retenues, le bilan global devrait être négatif pour la présente décennie et sans doute légèrement positif sur les vingt années qui viennent.

Pour les années 2011-2020, le gain cumulé pour la caisse de retraite de la SNCF serait de 4,1 Md€ 2010, et de l'ordre de 10,5 Md€ 2010 pour les vingt prochaines années. Pour la caisse de la RATP, ce gain serait de 0,27 Md€ 2010 en 2011-2020 et de 1,4 Md€ 2010 pour les vingt prochaines années.

Mais pour les deux entreprises, ces réformes représentent un surcoût. Pour la SNCF, il excède probablement 4,7 Md€ 2010 pour la présente décennie



# La réforme des régimes de retraite de la SNCF et de la RATP

et 4,1 Md€ 2010 pour la suivante. Pour la RATP, le coût total de la réforme serait de 0,2 Md€ pour 2011-2020 et de 0,6 Md€ pour la décennie suivante.

*Des gains insuffisants pour alléger substantiellement la contribution de l'Etat*

L'aspect symbolique de ces réformes a été privilégié sur leur contribution à l'équilibre des finances publiques. La subvention de l'Etat à ces régimes restera durablement élevée : pour la caisse de la SNCF, tout en diminuant à compter de 2016, elle sera de l'ordre de 2,2 Md€ 2010 en 2030, pour celle de la RATP, elle continuera à progresser jusqu'en 2019 et serait de 630 Md€ 2010 en 2030.

*Une soutenabilité qui n'est pas durablement garantie*

A moyen terme de nouvelles étapes seront nécessaires pour assurer la pérennité de ces deux régimes.

La responsabilité de ces réformes appartient autant aux entreprises et aux caisses qu'aux pouvoirs publics, qui doivent assumer leur mission de pilotage général de ces régimes, en cohérence beaucoup plus forte avec l'effort global qui sera nécessaire pour garantir dans la durée la soutenabilité de l'ensemble du système de retraite et en prenant en compte l'objectif d'une plus grande équité.

## Recommandations

→ 18. Transmettre au Parlement des informations annuelles détaillées et actualisées sur la montée en charge des réformes des régimes de la SNCF et de la RATP comprenant notamment des éléments sur l'évolution du comportement de départ des agents ainsi qu'une estimation de l'équilibre prévisionnel des régimes à moyen et long terme selon diverses hypothèses.

→ 19. Imposer une plus grande transparence à la SNCF et à la RATP

en prévoyant qu'elles fournissent, en annexe à leur bilan social annuel, une évaluation prévisionnelle, selon des critères méthodologiques rigoureux, des coûts salariaux générés par le vieillissement de la pyramide des âges et du coût spécifique des mesures d'accompagnement liés aux réformes des régimes de retraite de leurs agents.

## 7 Le régime social des indépendants et l'interlocuteur social unique

Le régime social des indépendants (RSI) compte en 2011 près de 2,7 millions de cotisants, 2 millions de retraités et 3,9 millions de bénéficiaires de prestations d'assurances maladies et reçoit 8,2 Md€ de cotisations.

La création de ce régime en 2005 visait à simplifier la gestion de la protection sociale des artisans, commerçants et professions libérales et à dégager des gains d'efficience avec en particulier le transfert en 2008 du recouvrement de leurs cotisations aux URSSAF et la mise en place d'un interlocuteur unique (ISU) se substituant à de nombreux intervenants.

### Un lourd échec

#### *De graves difficultés pour les assurés*

L'instauration de ce dispositif début 2008 a immédiatement provoqué des difficultés majeures pour les cotisants. Pour une partie d'entre eux, la création de l'ISU n'a pas seulement signifié de multiples tracas administratifs mais a aussi fait courir des risques de perte de droits. Ainsi les émissions de cotisations ont été frappées de très nombreuses erreurs et une partie des encaissements

n'a pas pu être pris en compte, ce qui a conduit de nombreux cotisants à se retrouver soumis au régime de taxation d'office. Des assurés n'ont pu bénéficier de remboursement de leurs soins faute de carte Vitale, parfois sur des périodes très longues.

#### *De lourdes conséquences financières, largement éludées*

Du fait de l'affaiblissement durable de la fonction de recouvrement des cotisations, la Cour estime le défaut d'encaissement sur les trois premières années qui ont suivi la mise en place de l'ISU à un montant de l'ordre de 1 à 1,5 Md€ fin 2010.

Les effets financiers de ces dysfonctionnements ont été masqués grâce à l'équilibrage automatique du RSI par la contribution sociale de solidarité (C3S), qui a eu pour conséquence le gonflement de la dette sociale en raison du déficit accru du fonds de solidarité vieillesse qui en a résulté.

# Le régime social des indépendants et l'interlocuteur social unique

## Des difficultés qui ont perduré malgré des plans réussis

À l'origine, des préoccupations d'équilibre institutionnel ont primé sur le réalisme indispensable à la bonne mise en place d'un nouveau régime de sécurité sociale. Le transfert du recouvrement a été décidé en l'absence de vision commune des caisses intéressées, et dans un contexte de méfiance entre les acteurs de la protection sociale des indépendants.

En outre, la complexité du dialogue entre des systèmes d'information différents a été largement occultée au moment des arbitrages, et n'a pas été considérée comme un facteur de risque.

Malgré l'engagement des personnels du RSI comme de l'ACOSS, les difficultés ont très largement perduré en raison de réponses trop graduées et trop lentes face à des problèmes de conception de système informatique. L'illusion durable des acteurs sur leur capacité à résorber les stocks de dossiers accumulés et le retard mis à organiser un travail conjoint et structuré entre les deux organismes seulement à partir de 2010 ont conduit à la persistance de difficultés.

## L'urgence à rétablir la fonction recouvrement

Malgré les rattrapages partiels de recettes à partir de 2011, la fonction recouvrement n'a pas encore retrouvé

son niveau d'avant la mise en place de l'ISU. Les procédures de recouvrement amiable et forcé ne sont pas pleinement restaurées. La convention d'objectif et de gestion du RSI de février 2012 n'envisage pas de normalisation du recouvrement avant mi-2014.

Ce rétablissement doit désormais être placé au tout premier rang des priorités, surtout pour un régime structurellement déficitaire dont l'équilibre dépend d'un impôt affecté (C3S).

Le RSI et l'ACOSS sont depuis janvier 2011 engagés dans un chantier particulièrement complexe de refonte intégrale, simultanée et articulée de leurs systèmes informatiques.

Compte tenu de l'ampleur des enjeux et de l'impact potentiel considérable sur l'ensemble des encaissements réalisés par les URSSAF d'une mauvaise conception du système d'information, il est impératif de conduire un audit large et précis de la pertinence des solutions mises en œuvre et de leur capacité à construire une interface avec le RSI.

À défaut d'assurances solides, la question devrait alors être à nouveau posée de la création d'un interlocuteur social réellement unique et situé dans un seul organisme, par opposition à l'actuel ISU partagé de fait entre l'ACOSS et le RSI.

# Le régime social des indépendants et l'interlocuteur social unique

## Recommandations

→ 20. Définir préalablement à toute réforme d'une telle ampleur et d'une telle complexité un dispositif de pilotage de projet rigoureux, en particulier en conduisant une analyse des risques exhaustive et préalable à toute décision définitive et en se dotant d'un cadre et d'outils de suivi proportionnés aux enjeux.

→ 21. S'assurer que les cotisations non recouvrées font l'objet de toutes les diligences pour garantir leur perception effective et non leur simple annulation ou prescription, préciser l'ampleur du retard de recouvrement et mettre en place un suivi étroit de sa résorption afin de minimiser les pertes.

→ 22. Renforcer le suivi stratégique des chantiers en cours par les autorités de tutelle, éclairées par une information la plus large y compris financière, et consolider le pilotage opérationnel coordonné du RSI et de l'ACOSS au plan national comme régional.

→ 23. Afin de garantir le redressement rapide et complet du recouvrement dans des délais rapprochés et dans les conditions les plus robustes, réaliser un audit complet et approfondi du futur système d'information partagé, permettant :

- de s'assurer de la pertinence du projet ;

- d'évaluer les risques de retard par rapport à l'échéance de mi 2014, ou d'échec, et d'en apprécier toutes les conséquences ;

- d'examiner précisément l'ensemble des alternatives envisageables, y compris en étudiant une simplification du cadre réglementaire de l'ISU, voire la remise en cause du partage de compétences actuellement en vigueur.

→ 24. Garantir que les droits acquis par les assurés au titre des cotisations versées sont pris en compte de façon exhaustive et rapide dans les systèmes d'information du RSI.

## 8 La mise en place des agences régionales de santé

### Une réforme structurelle majeure

En créant les agences régionales de santé (ARS) et en leur confiant le pilotage régional du système de santé dans une approche transversale couvrant la prévention, l'organisation des soins en ville et à l'hôpital et le secteur médico-social, la loi du 21 juillet 2009 a été porteuse d'une triple innovation, en termes de missions, d'organisation administrative territoriale et de conduite des politiques publiques.

Les 26 ARS ont simplifié le paysage institutionnel en regroupant des services déconcentrés de l'Etat, des services d'organismes d'assurance maladie et des structures telles que les agences régionale de l'hospitalisation (ARH) ou les groupements régionaux de santé publique (GRSP) qui associaient déjà l'Etat et l'assurance maladie.

### Une installation rapide et à des coûts maîtrisés

Les questions immobilières ont constitué une préoccupation immédiate des directeurs, dès la période de préfiguration qui a précédé de six mois l'installation effective des agences au 1er avril 2010. Les choix ont privilégié

l'implantation sur un site unique de l'ensemble des personnels et le maintien dans les locaux existants. Les nouvelles implantations ont été réalisées très majoritairement en location ce qui aura un impact financier pour les ARS. La réduction des surfaces occupées est amorcée mais doit se poursuivre dans les années à venir.

L'installation des ARS a mobilisé un budget spécifique dit de première installation de 58 M€, financés par l'assurance maladie, l'Etat et le fonds de roulement résiduel des ARH. Au total, le coût de la mise en place des ARS en intégrant les primes de transfert attribuées aux personnels de l'assurance maladie et le coût du pilotage au sein du secrétariat général du ministère peut être évalué à 70 M€.

### Un positionnement institutionnel à clarifier

L'enjeu est désormais pour les ARS de réussir à mettre en œuvre les objectifs qui leur ont été fixés, en démontrant leur légitimité face aux autres acteurs nationaux et locaux. A cet égard, elles sont confrontées à plusieurs difficultés.

# La mise en place des agences régionales de santé

## *Un pilotage national qui demeure très hiérarchique*

Le conseil national de pilotage (CNP) institué pour animer le réseau des agences et assurer la cohérence des politiques nationales qu'elles ont à mettre en œuvre, n'a pas jusqu'à présent réussi à impulser une approche nationale transversale et stratégique des problématiques de santé et d'offre de soins.

Chaque administration centrale comme la CNAMTS, selon une approche assez centralisatrice, continuent à fonctionner « en tuyaux d'orgue » directement avec les ARS ou les organismes de leur réseau.

## *Une collaboration délicate avec l'assurance maladie*

La collaboration entre les ARS et l'assurance maladie, nécessaire pour mettre en œuvre les actions de gestion du risque, a longtemps été marquée par une certaine résistance de la CNAMTS soucieuse de la préservation de certaines de ses prérogatives. Elle devrait pouvoir s'améliorer avec l'autorisation pour les ARS d'accéder aux outils juridiques et aux systèmes d'information de l'assurance maladie.

## *Des relations complexes avec les préfets*

Les relations entre les ARS qui ont repris une partie des compétences des services déconcentrés de l'Etat (DRASS et DDASS) et les préfets demeurent

complexes. Ces derniers conservent leurs pouvoirs régaliens en matière de veille, de sécurité et de police sanitaires, les services des ARS étant mis à leur disposition, pour l'exercice de ces missions. Cette nouvelle répartition des rôles, concomitante avec la réorganisation de l'Etat au niveau territorial, a créé des tensions. Les protocoles signés entre les ARS et les préfets de département pour définir les modalités opérationnelles de leur coopération ainsi que les instructions communes des secrétaires généraux du ministère de l'intérieur et du ministère chargé des affaires sociales doivent faciliter le partenariat.

## Des moyens de fonctionnement à moderniser

La réussite des ARS dans l'exercice de leurs missions repose en outre sur la mobilisation de plusieurs leviers.

## *Simplifier la gestion des personnels et adapter les compétences*

Les ARS sont confrontées à des difficultés liées à l'hétérogénéité des statuts des personnels hérités des structures qui ont fusionné en leur sein, ainsi qu'à l'inadéquation des profils à leurs missions. La juxtaposition de statuts privés, pour les personnels de l'assurance maladie, et publics pour les agents provenant des services de l'Etat, se traduit par des conditions de travail et

# La mise en place des agences régionales de santé

de rémunération hétérogènes. Le rôle des commissions administratives paritaires dans la gestion des corps des fonctionnaires limite de surcroît les pouvoirs du directeur général de l'ARS. Enfin, la multiplicité des statuts entraîne des difficultés de gestion.

## *Investir dans les systèmes d'information*

Les ARS ont hérité des structures précédentes un foisonnement de systèmes d'information, sans interopérabilité entre eux. Or, leur évolution est déterminante pour la réussite des missions des ARS. Un schéma directeur national a été élaboré en 2011 pour identifier les projets prioritaires des ARS et la gouvernance à mettre en place en termes de pilotage national des systèmes d'information. Sa mise en œuvre dépend toutefois de choix budgétaires qui devront être pris en faveur de cette priorité.

## *Doter les ARS de leviers financiers adaptés à leurs missions*

Enfin, les leviers d'action des ARS pour conduire une politique de santé au niveau régional sont encore en construction. Le fonds d'intervention régional (FIR) créé par la LFSS pour 2012 et qui répond à une logique de décloisonnement des financements de la médecine de ville, de l'hôpital et des établissements médico-sociaux, a ainsi pour objet de donner plus de souplesse aux ARS pour l'allocation de certains moyens financiers. La portée et l'efficacité de ce nouvel outil dépendront des conditions de sa mise en œuvre.

# La mise en place des agences régionales de santé

## Recommandations

➔25. Mettre en place un pilotage national respectueux de l'autonomie nécessaire aux ARS pour accomplir leur mission, ce qui implique de :

- définir les modalités d'une déconcentration accrues des compétences des administrations centrales aux agences ;

- redonner au conseil national de pilotage une fonction d'orientation stratégique.

➔26. Elaborer les prochains contrats d'objectif et de moyens (CPOM) avec chaque ARS en intégrant :

- l'articulation avec les objectifs du projet régional de santé ;

- la détermination d'objectifs en termes de gains d'efficacité ou de productivité interne permettant de

respecter la trajectoire budgétaire pluriannuelle.

➔27. Simplifier la gestion des ressources humaines des ARS par :

- l'augmentation de la possibilité de recruter sur contrats ;

- l'alignement de la situation des agents de droit privé sur les conventions collectives du régime général (UCANSS) ;

- des modalités de mutations internes des fonctionnaires au sein d'une même ARS.

➔28. Mettre en œuvre le schéma directeur des systèmes d'information des ARS en en faisant une priorité d'arbitrage au sein du ministère.

➔29. Renforcer le fonds d'intervention régional pour permettre d'accroître les leviers d'action financiers des ARS.



## 9 Le rôle de l'ordre national des médecins dans l'organisation des soins et le respect de la déontologie médicale

### Un suivi de la profession globalement bien assuré

Une des importantes missions de l'ordre est la tenue du tableau recensant les docteurs en médecine remplissant les conditions légales et de moralité requises. Cette fonction permet un contrôle de l'exercice de la profession et la publication d'une étude annuelle de la démographie médicale.

Des évolutions juridiques telles que le principe européen de reconnaissance automatique des diplômes et l'enregistrement des qualifications ont accru le champ de compétence de l'ordre des médecins. Il s'implique activement dans la reconnaissance des qualifications et dans l'appréciation de la validité des pièces justificatives qui lui sont soumises à cet effet.

Après une tardive mobilisation, l'ordre assure désormais le recensement de tous les médecins civils dans le répertoire partagé des professionnels de santé qui a vu le jour. Sa mise en œuvre a simplifié les démarches des médecins, tout en assurant une meilleure communication entre les acteurs (ordre,

agence régionale de santé –ARS– et assurance maladie). L'ordre est ainsi devenu leur autorité unique d'identification.

### Une contribution désormais plus réduite à la permanence des soins

La permanence des soins organise le système de garde pour répondre à la demande de soins non programmés la nuit, le week-end et les jours fériés. Elle reposait jusqu'en 2003 sur une obligation de garde supervisée par l'ordre. L'ordre assure désormais un rôle de facilitateur et d'expert, en attestant de la capacité des volontaires à exercer la permanence, en dressant la liste des exemptés et celle des médecins susceptibles d'exercer cette permanence. La Cour a constaté une implication variable des conseils et des médecins selon les départements, alors que la permanence des soins est de plus en plus difficile à assurer en zone rurale.

# Le rôle de l'ordre national des médecins dans l'organisation des soins et le respect de la déontologie médicale

## Une adaptation insuffisante à la réorganisation régionale du système de santé

L'ordre des médecins est organisé en 127 conseils aux niveaux national, régional et départemental. Si l'extension des compétences des conseils régionaux en 2007 a été inscrite dans la perspective de la réorganisation régionale du système de santé piloté par les ARS, cette réforme apparaît encore en partie virtuelle.

## Un contrôle du respect de la déontologie médicale à la portée trop limitée

Le contrôle de la déontologie est au fondement de l'existence même de l'ordre. Sa mise en œuvre est essentielle, dans l'intérêt de la profession, mais aussi dans celui des patients.

### *De nombreuses difficultés dans le traitement des plaintes*

Le respect du code de déontologie est assuré par les chambres disciplinaires des conseils régionaux de l'ordre, dont la composition demeure centrée sur la profession médicale, puis par la chambre d'appel du conseil national. Les délais de traitement des plaintes restent parfois élevés, alors que le nombre d'affaires enregistrées est stable, autour de 1 300 par an. La sévérité des sanctions, très fréquemment assortie

d'un sursis total ou partiel, varie selon les régions. Les agences régionales de santé ne saisissent quasiment jamais, et l'assurance maladie, rarement, les sections des assurances sociales qui jugent des fraudes et abus relevés à l'encontre des praticiens (200 affaires enregistrées chaque année).

### *L'inefficacité du contrôle du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires*

Le principe du tact et de la mesure renvoie à la façon dont sont demandés des dépassements d'honoraires, ainsi qu'à l'adaptation de ces dépassements aux capacités financières de chaque patient. Si le conseil national rappelle périodiquement ce principe, les saisines des instances de l'ordre en ce domaine demeurent rares (une quinzaine de condamnations pour abus et dépassements par an), et les sanctions très modestes (en général blâme ou avertissement).

Cette passivité n'est pas véritablement contrebalancée par les trois autres dispositifs qui interviennent aussi concurremment, avec la possibilité de sanctions directes prononcées par les caisses d'assurance maladie, de poursuites pénales et enfin de sanctions au titre de l'annexe XXII de la convention médicale, renouvelée en juillet 2011. Les sanctions sont également peu nombreuses et en moyenne peu sévères, alors que le volume des dépassements est de plus en plus important. La coexistence de

# Le rôle de l'ordre national des médecins dans l'organisation des soins et le respect de la déontologie médicale

multiples procédures n'est donc en rien un gage d'efficacité.

## *Un renforcement nécessaire de la prévention des conflits d'intérêt*

L'ordre agit sur la prévention des conflits d'intérêts :

- en surveillant les contrats de travail que signent les médecins inscrits au tableau et qui doivent les communiquer au conseil départemental de l'ordre de leur ressort. Il vérifie la conformité de chaque situation avec les règles déontologiques, notamment le secret, l'indépendance professionnelle et l'absence de clause de productivité dans la rémunération. L'ordre prévoit de renforcer prochainement le suivi national de cette mission ;

- en contrôlant les relations entre les médecins et l'industrie. Les professions médicales ont une interdiction générale de recevoir des avantages en nature ou en espèce, directs ou indirects, de l'industrie pharmaceutique, hormis pour

les conventions de recherche ou d'évaluation et les conventions d'hospitalité. L'ordre émet un avis sur quelque 80 000 conventions chaque année, mais dans des conditions encore inégales selon les départements, et qu'il entreprend de mieux harmoniser. Ses pouvoirs ont été renforcés par la loi en décembre 2011, sans que toutes ses propositions aient été retenues par le législateur.

La faiblesse de la coopération entre l'ordre et les services de la direction de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCRF) limite leur efficacité respective et appelle la conclusion et la mise en œuvre de dispositions destinées à assurer un contrôle plus efficace des dispositions de la loi « anti cadeaux ». L'État devrait aussi conférer un caractère obligatoire à tout avis défavorable de l'ordre sur une convention.

## Recommandations

→ 30. Moderniser et adapter l'organisation territoriale de l'ordre au pilotage régional du système de soins en transférant progressivement les missions jusqu'à présent exercées au niveau départemental aux conseils régionaux.

→ 31. Clarifier et mieux articuler les différents dispositifs concourant au contrôle du tact et de la mesure dans les honoraires.

→ 32. Doter le conseil de l'ordre de pouvoirs renforcés en matière de contrôle des relations des médecins avec l'industrie en conférant un

caractère obligatoire à l'avis rendu sur un contrat ou sur une convention, quel qu'en soit l'objet, le défaut d'avis conforme interdisant alors, sous peine de sanction, l'exécution du contrat ou de la convention.

→ 33. Établir un protocole d'échange d'informations entre l'ordre et la DGCCRF afin de renforcer la transparence et le contrôle des relations entre médecins et industries, en recourant si nécessaire à une disposition réglementaire.

## 10 La prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels libéraux de santé

### Un coût de 2,2 Md€ pour l'assurance maladie en 2011

Longtemps réservées aux médecins du secteur 1 pour les seules cotisations maladie, elles ont été élargies ensuite aux autres cotisations sociales et aux autres professionnels libéraux de santé (chirurgiens dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux).

Cette prise en charge constitue une contribution substantielle aux revenus des professionnels de santé : pour les médecins du secteur 1, elle représentait 18 % du revenu des généralistes en 2008 et près de 16 % de celui des spécialistes.

La prise en charge est quasi complète pour les cotisations d'assurance maladie, et conséquente en matière de cotisation personnelle d'allocation familiale et d'assurance vieillesse supplémentaire.

La liste des prises en charge et des professionnels concernés s'est allongée au fil des années, au gré des discussions de l'assurance maladie avec les représentants des différentes professions.

Depuis 2004, plus rien ne s'oppose à une prise en charge des cotisations des médecins du secteur 2, alors même que ceux-ci disposent par ailleurs de la liberté de choisir une affiliation nettement plus avantageuse en termes de cotisations au régime social des indépendants (RSI).

Malgré leur coût élevé pour l'assurance maladie, ces dispositifs sont peu visibles et peu lisibles tant pour les bénéficiaires que pour les assurés.

### Un dispositif sans contrepartie réelle

L'objectif initial du dispositif était de favoriser l'engagement des médecins dans une relation conventionnelle avec l'assurance maladie, afin de favoriser un certain encadrement de la liberté tarifaire de ces professionnels.

Or cet avantage social ne joue qu'un rôle très marginal :

- dans la décision ultra majoritaire du conventionnement, qui est surtout déterminée par la recherche d'une solvabilisation de la demande autorisée

# La prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels libéraux de santé

par le remboursement des soins aux patients par l'assurance maladie ;

- dans le choix des médecins entre le secteur 1 et le secteur 2. L'avantage financier retiré des dépassements excède en effet sensiblement pour un praticien du secteur 2 la perte liée à l'absence de prise en charge des cotisations.

Les prises en charge de cotisation ne sont pas mises au service d'une politique de limitation des dépassements d'honoraires de plus en plus pratiqués par ces professions sur des actes de plus en plus nombreux. L'assurance maladie n'a en réalité pu, en aucune manière, peser sur l'explosion des dépassements constatée ces dernières années chez les médecins et les chirurgiens dentistes.

## Recentrer ce dispositif sur les objectifs de facilité et d'égalité dans l'accès aux soins

### *Un levier pour la répartition des professionnels de santé*

Une modulation portant sur l'ensemble des avantages sociaux dont bénéficient les médecins, y compris ceux qui sont déjà installés, selon qu'ils exercent dans des zones plus ou moins dotées pourrait s'appliquer à l'ensemble des professions qui connaissent des déséquilibres géographiques tels qu'ils font obstacle à l'égalité d'accès aux soins. La participation financière de l'assurance maladie aurait ainsi à nouveau une raison d'être clairement

identifiée et reconnue tant pour les professionnels que pour les assurés.

### *Une contribution possible à la régulation des dépassements d'honoraires*

La participation financière de l'assurance maladie apparaît injustifiée quand le professionnel jouit en pratique d'une liberté tarifaire très étendue notamment grâce aux dépassements.

Les avantages sociaux conventionnels pourraient être réservés à des catégories d'actes auxquels les tarifs de la sécurité sociale sont réellement opposables. Il faudrait dans ce cadre que les pouvoirs publics réalisent rapidement une analyse coût-avantage rigoureuse de la récente réforme de l'option de coordination qui consacre l'élargissement des prises en charge de cotisations par l'assurance maladie à des praticiens de secteur 2.

A défaut de telles avancées, la question du maintien de ces avantages sans contrepartie devra être posée.

Au minimum, il faudrait s'efforcer d'en réduire le coût. Il serait logique d'en plafonner le bénéfice par professionnel, en prévoyant de plafonner l'assiette afférente et / ou de généraliser dans le calcul des prises en charge une forme de dégressivité (comme c'est déjà le cas pour les cotisations famille).

## Recommandations

→ 34. Réformer le dispositif pour faciliter l'accès aux soins:

- en modulant le montant des prises en charge en fonction de la densité des professionnels de santé sur un territoire donné ;

- en excluant de leur bénéfice les revenus tirés de catégories d'actes donnant lieu à des dépassements quasi-systématiques ;

- ou en les conditionnant au respect de certains plafonds de dépassement.

A défaut, supprimer ces prises en charge, ou, à tout le moins, les plafonner par professionnel de santé

→ 35. Affilier obligatoirement tous les professionnels de santé conventionnés au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) en mettant fin

à la liberté d'adhérer au RSI laissée aux praticiens de secteur 2.

→ 36. Rendre plus visible ces prises en charge, à l'instar des cotisations patronales sur les bulletins de salaires, en faisant apparaître leur coût dans un relevé annuel fourni par l'assurance maladie aux professionnels.

→ 37. S'agissant des règles propres au régime des PAMC :

- les harmoniser en matière de période d'assurance et d'assiette avec celles qui s'appliquent aux autres prélèvements sociaux ;

- dé plafonner cette assiette dans le cas des revenus issus d'actes non-remboursables ;

- imposer l'obligation de faire figurer sur les feuilles de soins la totalité des actes effectués et des honoraires professionnels perçus.

## 11 Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie

### Une dépense dynamique de 3,5 Md€ par an

Les transports de patients peuvent être réalisés, en fonction de l'état de santé du patient, en ambulance ou sous forme de transports assis professionnalisés (TAP), c'est-à-dire, en taxi conventionné ou en véhicule sanitaire léger (VSL). Ces dépenses de transport sont prises en charge par l'assurance maladie, totalement ou partiellement, pour un montant total en 2010 de 3,5 Md€, en forte progression et à l'augmentation plus soutenue que les autres dépenses de soins. Elles équivalent désormais à la moitié des remboursements des consultations des médecins généralistes. Or une partie notable d'entre elles pourrait être évitée sans fragiliser l'accès aux soins.

### Des facteurs de croissance mal documentés

La consommation de transports a plusieurs causes : l'état de santé de la population, la structuration de l'offre de soins, les comportements des médecins en matière de prescription de transport et enfin l'offre de transport. Aucune étude approfondie n'a été réalisée pour comprendre l'articulation de ces

déterminants et les disparités locales, alors qu'une telle démarche est indispensable pour maîtriser cette dépense.

### Renforcer l'encadrement des prescriptions de transports

*Une action de maîtrise de la prescription partiellement mise en œuvre*

Un référentiel de prescription définit les conditions requérant un transport sanitaire. Or son respect ne fait pas l'objet de contrôles suffisants, notamment en ce qui concerne la nécessité d'un transport en ambulance, plus onéreux, ou la justification que le transport est lié à une affection de longue durée - avec alors des frais de transport intégralement remboursables. Une application plus rigoureuse du référentiel limiterait le montant des dépenses injustifiées qui sont estimées à près de 220 M€ au niveau national.

En outre, la règle de la prise en charge du transport sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du patient de l'établissement approprié le plus proche, dont l'objectif est de minimiser les transports en



# Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie

fonction de l'offre de soins, n'est pas appliquée rigoureusement.

## *Des prescripteurs peu responsabilisés*

L'essentiel des efforts de maîtrise de la demande de transport a concerné les médecins de ville. Ainsi, les plus gros prescripteurs de transport ont été soumis à une mise sous accord préalable, procédure introduite par la loi de 2004 relative à l'assurance maladie. Mais cette mesure n'a porté que sur un faible nombre de prescripteurs, 76 au total en 2008, et ne s'applique qu'aux médecins libéraux.

Or ce sont les médecins des établissements de santé qui prescrivent le plus de transports (53 % des dépenses) et aucune réelle mesure n'a été prise avant 2010 pour assurer une maîtrise meilleure des transports prescrits à l'hôpital. La loi de financement pour 2010 a prévu que des contrats soient établis entre les agences régionales de santé (ARS), les organismes locaux d'assurance maladie et les établissements hospitaliers dont les dépenses de transport sont en augmentation importante, mais les outils permettant une mise en œuvre de ces contrats n'ont pas été mis en place.

## Contingenter plus rigoureusement l'offre de transport

Bien que le contingentement de l'offre constitue l'outil premier de la maîtrise de cette dépense, les dispositifs mis en place à cet effet sont inefficaces.

La Cour a constaté un suréquipement considérable en véhicules sanitaires (ambulances et VSL) : pour plus de deux tiers des départements, le plafond de véhicules, fixé par un règlement de 1995, n'est pas respecté. En outre, ces règles de contingentement peuvent être contournées par la mise en service de taxis conventionnés.

L'organisation et la tarification du dispositif de garde ambulancière pour répondre aux demandes du SAMU le samedi, le dimanche et la nuit, souffre de deux défauts majeurs : l'entreprise de transport n'est pas financièrement incitée à répondre aux demandes du SAMU et, dans certains secteurs, le nombre de transports en période de garde ne justifie pas l'existence de deux dispositifs de garde, l'un assuré par les entreprises de transport sanitaire et l'autre par le service départemental d'incendie et de secours (SDIS). Une réforme de ce système de garde pourrait permettre d'économiser près de 100 M€ par an.

## Remédier aux insuffisances du pilotage

Actuellement, l'assurance maladie n'a que peu de relation avec les taxis et ne dispose pas de statistiques fiables sur ce secteur. De plus il n'y a pas de tarification commune entre les VSL et les taxis pour la même prestation alors que les entreprises sanitaires disposent souvent, en plus des VSL, de taxis.

# Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie

Enfin, le pilotage local est mal partagé entre les ARS et les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Le directeur général de l'ARS agréé les entreprises de transport sanitaire et accorde les autorisations de mise en service des véhicules (ambulances et VSL). Chacun des transporteurs adhère, auprès de la CPAM, à la convention nationale établie entre l'assurance maladie et les organisations professionnelles. Les ARS n'ont pas constitué de répertoire national des agréments et des véhicules de transport sanitaire, et elles n'ont pas accès au répertoire constitué par l'assurance maladie.

## Renforcer la vérification des factures et les contrôles

Les transporteurs sanitaires et les taxis offrent la possibilité de recourir au tiers payant et transmettent leurs factures aux caisses locales d'assurance maladie. Cependant ces dernières ne s'assurent que très rarement de la

présence des pièces justificatives, et des vérifications pourtant indispensables ne sont pas effectuées, ce qui conduit l'assurance maladie à procéder à des paiements indus.

Un meilleur contrôle de la liquidation des factures, notamment en matière de kilométrages facturés, pourrait générer 120 M€ d'économie.

Les plans de lutte anti-fraude définis au niveau national et mis en œuvre par les CPAM n'évaluent que très imparfaitement le niveau réel de fraude. Le bilan national montre qu'une part importante des actions de contrôle ne donne lieu qu'à une récupération d'indus, sans aucune pénalité. Pour les entreprises concernées, les contrôles n'ont alors aucun caractère dissuasif.

Au total, c'est au minimum 450 M€ sur les 3,5 Md€ de dépenses remboursées qui pourraient être économisés sans fragiliser l'accès aux soins.

### Principales économies réalisables sans fragiliser l'accès aux soins

|  | (M€) |
|--|------|
| Un meilleur respect du référentiel de prescription | 220  |
| Une réforme de la garde ambulancière               | 100  |
| Une meilleure liquidation des factures             | 120  |
| Total  | 440  |

source : calcul Cour à partir des données de la CNAMTS et de la DGOS

# Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie

## Recommandations

→ 38. Procéder sans délai, dans chaque département, sous la responsabilité de l'ARS, à partir notamment des données de l'assurance maladie, à une analyse de la demande et de l'offre en matière de transport sanitaire pour définir un plan d'action avec des objectifs chiffrés de diminution des dépenses.

→ 39. Renforcer la coordination entre les ARS et les caisses d'assurance maladie en matière d'agrément, de conventionnement et de contrôle des entreprises de transport sanitaire et de taxis.

→ 40. Instaurer un double plafond départemental pour l'offre de transport, d'une part pour les ambulances et d'autre part globalement pour les VSL et les taxis conventionnés.

→ 41. Définir, pour les VSL et les taxis, une tarification commune et contrôlable et réduire le taux de paiements indus en vérifiant de manière efficace les factures.

→ 42. Systématiser la lutte contre la fraude et revoir le barème des pénalités en cas de facturation abusive ou frauduleuse pour les rendre dissuasives.

→ 43. Revoir les conditions dans lesquelles les demandes d'accord préalable sont nécessaires, réactiver la règle de l'établissement le plus proche, y compris pour les traitements de dialyse, de chimiothérapie et de radiothérapie et faire contrôler le respect du référentiel de prescription par le service médical de l'assurance maladie.

→ 44. Envisager le transfert sur le budget des hôpitaux de la dépense de transports qu'ils initient pour mettre sous contrainte d'enveloppe la prescription, l'organisation, et la gestion en termes de commande publique de cette dépense.

→ 45. Procéder à une évaluation approfondie du système de garde ambulancière pour en revoir l'organisation.

## 12 Les activités de soins de suite et de réadaptation

900 000 patients sont accueillis chaque année dans des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) pour bénéficier d'actes de rééducation et de réadaptation à la vie quotidienne ou d'une surveillance de leur convalescence. Ce secteur de 106 000 lits et places se situe à la charnière de la médecine de ville, du court séjour hospitalier et de prises en charges sociales et médico-sociales. La dépense d'assurance maladie qui en résulte devrait s'élever en 2012 à 7,8 Md€.

### Un secteur marqué par la diversité

L'hétérogénéité du secteur tient d'abord aux types de soins assurés. La réforme en 2008 qui médicalise et technicise le secteur n'a pas éliminé tous les chevauchements entre spécialités et l'orientation des patients connaît encore des approximations, notamment pour les personnes âgées.

En fonction de leur statut, les établissements de SSR ont des logiques de gestion différentes. Les offreurs privés, qu'ils soient d'intérêt collectif (ESPIC) ou à but lucratif (cliniques) représentent un peu plus de la moitié des établissements et 60 % de l'activité, et sont plus souvent spécialisés que les

établissements publics sur une ou deux activités comme la rééducation orthopédique ou les affections respiratoires. Les structures publiques sont plus généralistes ; leur activité est essentiellement liée aux prescriptions des services de court séjour qui constituent l'activité principale de l'établissement. Il est en revanche difficile de dire quelle catégorie d'établissement prend en charge des patients plus lourds, plus complexes.

Les structures publiques et d'intérêt collectif financées sous la forme d'une dotation globale ont en moyenne un coût journalier supérieur de 40 % aux cliniques financées par un prix de journée. Ce dernier mode de tarification incitatif à une augmentation de l'activité explique pour partie la meilleure occupation des lits dans les cliniques, même si d'autres éléments sont à prendre en compte pour expliquer ces coûts moindres comme une présence médicale plus faible, des patients moins dépendants mais sans doute aussi, en partie au moins, une meilleure organisation des établissements.

# Les activités de soins de suite et de réadaptation

## Une dynamique de l'offre sans véritable analyse des besoins

En huit ans les capacités d'accueil ont augmenté de 12,3 %, le secteur privé à but lucratif ayant été le plus dynamique.

Or cette expansion n'a pas fait l'objet de pilotage précis. L'appréciation des besoins en termes qualitatifs et quantitatifs est restée limitée, axée principalement sur le constat de disparités territoriales, sans synthèse nationale et insuffisamment tournée vers une approche par pathologies. La diffusion nationale d'outils d'aide à l'orientation des patients développés localement, Trajectoire par exemple, n'a pas été organisée.

La prise de conscience du rythme de progression de la dépense par la tutelle ne s'est faite qu'en 2010, bien après l'instruction des demandes d'autorisation imposées aux établissements par la réforme de 2008.

De ce fait, la régulation a longtemps manqué de moyens d'action, et demeure imparfaite. Un mécanisme d'accord préalable a été institué pour certains actes par la loi de financement de 2011 mais il n'a qu'une portée restreinte pour l'instant. La création concomitante d'un sous objectif de l'ONDAM spécifique des activités de SSR devrait aider à mieux assurer la régulation de la dépense. La nécessité même de créer des

lits de SSR a commencé d'être soumise à un examen critique par le biais d'une étude sur les séjours inadéquats dans les services de court séjour. Mais la réflexion reste incomplète en l'absence d'une étude similaire des séjours inadéquats en SSR.

## Une priorité : la fluidité de la trajectoire de soins

Un fonctionnement efficient de l'activité SSR dépend fondamentalement de la bonne articulation des secteurs sanitaires et médico-sociaux dans le parcours de soins du patient.

Or, les patients continuent à subir blocages, délais et orientations inadéquates dans leur entrée en SSR comme dans leur sortie. Les admissions inadéquates représentent selon les estimations de 10 à 20 % des lits de SSR. Elles s'accompagnent d'une augmentation des admissions précoces de patients non stabilisés qui nécessiteraient une poursuite des soins aigus. La sortie des établissements est encore plus problématique, surtout lorsque le retour à domicile n'est pas possible.

De ce fait, les activités de SSR sont dans une situation de double dépendance à l'égard de l'amont hospitalier comme de l'aval médico-social, ce qui a nécessairement une incidence sur la problématique de leur financement.

# Les activités de soins de suite et de réadaptation

## Un secteur à la recherche d'un financement adapté

Les modes actuels de financements posent des problèmes d'équité puisque les différences de dotations ou de tarifs entre établissements sont sans lien avec la lourdeur des cas traités.

Toutefois, l'orientation prévue depuis plusieurs années d'un passage rapide à une tarification à l'activité, structurée autour de la durée moyenne de séjour, suppose l'existence d'acteurs capables de choix autonomes, dotés de moyens de pilotage de leur activité. Le SSR, notamment public, n'est pas arrivé à ce degré de maturité.

La mise au point d'un système de financement pertinent implique encore d'importants efforts de conception et d'expérimentation, au-delà même des problématiques techniques. Elle a un préalable : une meilleure fluidité du parcours des patients entre les différents maillons de la chaîne de soins.

## Recommandations

→ 46. Evaluer sur le plan national et selon une méthodologie homogène les inadéquations de séjours en SSR et en déduire les besoins réels de capacités d'accueil, en fonction des pathologies à traiter.

→ 47. Fixer en conséquence des objectifs précis aux ARS pour résoudre les difficultés d'orientation vers l'aval des patients dont l'état permet une sortie des SSR. A cette fin mettre rapidement en œuvre les instruments de transparence opérationnelle (Trajectoire ou autre) sur les disponibilités en lits et places :

- entre MCO et SSR, d'une part ;
- entre les SSR et l'aval médico-social, d'autre part.

→ 48. Faire précéder l'engagement de la réforme du financement par des expérimentations propres à garantir qu'elle rationalisera effectivement ce dernier sans induire de problèmes supplémentaires en termes de parcours des patients. Dans l'intervalle, rendre plus opérationnelle la modulation des DAF et prix de journée en fonction notamment de la lourdeur des soins dispensés.

## 13 La certification des hôpitaux par la Haute autorité de santé

La procédure de certification des hôpitaux a pour objectif de contribuer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients. Elle permet de porter une appréciation sur la qualité d'un établissement ou de ses services à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels. Depuis 2004, la Haute autorité de santé (HAS) conduit cette mission pour un coût estimé à 22,4 M€ en 2010 (hors coût pour les établissements)

### Une simplification et une médicalisation de la procédure à poursuivre

La procédure française est inspirée des exemples étrangers. Elle s'en singularise par son caractère obligatoire, sa mise en œuvre par un organisme national unique et par l'absence de conséquences juridiques ou financières de ses résultats pour les établissements.

Depuis 1996, la quasi-totalité des établissements ont fait l'objet de deux procédures de certification et se sont engagés dans une troisième.

La démarche a été progressivement médicalisée, simplifiée et rendue plus lisible. Ainsi l'amélioration du service médical rendu au patient a été inscrite parmi les objectifs, et des « indicateurs

de mesure de la qualité des soins » sont suivis. Deux nouveaux outils permettraient de simplifier encore la démarche : la réalisation d'une cartographie des risques par établissement, fondée sur les résultats des cycles de certification précédents d'une part, et un perfectionnement des systèmes d'information hospitaliers permettant de renseigner de manière automatisée les indicateurs.

### De nouvelles marges de progrès

Au fil des procédures on observe un risque d'atténuation de l'efficacité de la certification, qui doit conduire la HAS à perfectionner son approche.

#### *Préciser le périmètre de la certification*

Actuellement chaque établissement est l'objet d'une seule procédure de certification, même si son activité s'exerce sur plusieurs sites. Cela contribue à créer un amalgame entre sites de qualité différente, ainsi que des inégalités entre les conditions de certification selon la taille des établissements. Dans des grands ensembles tels que l'AP-HM et l'AP-HP des visites par entités juridiques pourraient être complétées par des visites de sites.



# La certification des hôpitaux par la Haute autorité de santé

## *Améliorer la mesure de l'impact de la certification*

La HAS pourrait compléter les études conduites par des tiers sur l'impact de la certification sur les établissements par une exploitation des données qu'elle a elle-même recueillies.

## *Détecter les zones de risques*

La HAS n'est pas systématiquement prévenue des événements indésirables graves qui se produisent dans certains services, alors que cela pourrait lui permettre de comparer les dysfonctionnements constatés avec les rapports de certification et d'en tirer des enseignements pour l'avenir.

## *Accentuer la médicalisation de la certification*

La démarche de qualité introduite par la certification implique aussi l'évaluation périodique des médecins et des équipes médicales, qui constitue actuellement un angle mort de la procédure, ainsi que la certification par ensembles cohérents d'activités jugées à risque d'un établissement donné.

## *Informers le public sur le résultat de la certification*

Le site internet de la HAS rend public l'intégralité des rapports de certification mais l'interprétation de la masse des données ainsi diffusées est difficile pour un non spécialiste.

La HAS devrait présenter un bilan global annuel de la certification par catégorie d'établissements (publics, privés à but lucratif et non lucratif) en montrant les zones de risques qu'elle a détectées.

## *Prendre en compte les résultats de la certification dans les contrats d'objectifs des établissements.*

Actuellement aucune incitation externe n'encourage les établissements à progresser dans la voie de la certification « pleine », sans réserve ni recommandations.

Plusieurs réformes sont envisageables :

- renforcer l'articulation entre la procédure de contractualisation des établissements par les ARS et la procédure de certification par la HAS ;
- inscrire dans les contrats d'objectifs et de moyens signés par les ARS avec l'Etat des objectifs correspondant aux mesures nécessaires pour appliquer les recommandations et lever les réserves émises dans le cadre de la certification ;
- ou refuser de délivrer les autorisations de soins à risques en cas de non certification d'un établissement ou de sursis à décision de certification motivée par des réserves majeures.

## Recommandations

→ 49. Réaliser des études d'impact par cycles, par catégories d'établissements, par régions et en tirer des enseignements pour l'amélioration de la procédure de certification et enrichir la connaissance des établissements.

→ 50. Accentuer la médicalisation de la démarche en étudiant systématiquement les situations de décalage constatées entre les décisions de certification et les événements indésirables graves portés à la connaissance de la HAS, en développant l'accréditation des médecins et des équipes médicales, en

favorisant les actions de formation aux bonnes pratiques du personnel et en expérimentant la certification d'ensembles coordonnés d'activités.

→ 51. Intégrer les résultats de la certification dans les contrats négociés par les ARS avec les établissements pour suivre l'application des recommandations de la HAS, lever les réserves et en tirer si nécessaire des conséquences financières.

## 14 La couverture vieillesse des personnes les plus pauvres

Près d'un million de personnes âgées de plus de 64 ans vivaient sous le seuil de pauvreté en 2009, soit plus de 10 % de cette classe d'âge. L'essentiel de leurs ressources provient de la protection sociale, régimes de retraite d'une part, et solidarité nationale avec le minimum vieillesse, d'autre part.

### Un rôle toujours majeur du minimum vieillesse

Le minimum vieillesse, créé en 1956, couvre 940 000 personnes, en incluant les conjoints des allocataires ainsi que les allocataires résidant à l'étranger (près de 240 000 personnes). Les allocataires du minimum vieillesse sont pour plus de 55 % des femmes, dont un quart a plus de 80 ans.

Cette prestation, appelée désormais « allocation de solidarité aux personnes âgées » (ASPA), peut aujourd'hui bénéficier à toute personne âgée d'au moins 65 ans, à condition qu'elle en fasse la demande. Elle permet de compléter l'ensemble des ressources des ses bénéficiaires pour les porter à 777,16 € par mois pour une personne seule ou 1206,39 € pour un couple.

Ainsi, malgré l'achèvement de la montée en puissance depuis 60 ans des régimes de retraite de base et complémentaire et la mise en place de

minima de pensions au sein des principaux régimes de retraite, le minimum vieillesse demeure un outil majeur de lutte contre la pauvreté des personnes âgées.

Le minimum vieillesse a représenté en 2011 une dépense totale de 3 Md€, financée par le fond de solidarité vieillesse (FSV).

### La nécessité d'une information plus active des bénéficiaires potentiels

Pour permettre à ce dispositif de jouer plus efficacement son rôle, une information plus active et plus précoce des personnes éligibles est nécessaire.

L'absence d'effet significatif du plan de revalorisation 2007-2012 sur les effectifs allocataires suggère qu'une part importante de nouveaux bénéficiaires potentiels n'a pas spontanément présenté de demandes.

Cette population demeure en fait encore pour partie méconnue, et le restera si des actions de prospection ne sont pas organisées par les organismes gestionnaires.

# La couverture vieillesse des personnes les plus pauvres

## Une dépense qui pourrait rester dynamique

Le minimum vieillesse a longtemps été considéré comme voué à une extinction progressive, mais la tendance à la baisse du nombre d'allocataires s'est interrompue depuis 2007.

Son coût pourrait même augmenter en raison d'une part de la baisse récente des ressources moyennes des nouveaux allocataires avant allocation (le montant moyen des pensions de base liquidées au régime général pour les nouveaux allocataires du minimum vieillesse ayant eu des carrières incomplètes est ainsi passé entre 2006 et 2010 de 314 € à 294 € par mois en euros constants 2006) et d'autre part de l'arrivée aux âges de la retraite de générations nombreuses aux carrières professionnelles plus discontinues.

## Une efficacité limitée des mécanismes de régulation

Il existe peu de leviers pour contenir cette dépense croissante. Les nouvelles règles applicables depuis 2007 sont certes plus restrictives mais ne s'appliquent qu'aux seuls nouveaux bénéficiaires. De plus, le versement des allocations servies à l'étranger avant 2006 perdure, dans un cadre juridique pourtant ambigu.

Les ajustements envisageables ont une portée limitée :

- la suppression du plafonnement de la récupération sur succession des

allocations paraît justifiée, mais elle n'aurait sans doute que des effets financiers très modestes ;

- une meilleure articulation avec les mesures d'âge de la réforme des retraites pourrait aussi être envisagée. Il s'agirait alors de faire reculer l'âge minimal de bénéfice du minimum vieillesse de façon parallèle à celui du taux plein.

## Un financement clair et soutenable du dispositif devenu impératif

Alors que le choix du législateur a été de ne durcir les conditions d'attribution du minimum vieillesse que pour les nouveaux entrants, il est impératif de se mettre en situation d'assurer un financement clair et soutenable.

Il importe ainsi que soient apportés au FSV, au déséquilibre duquel l'ASPA contribue fortement, des ressources durables, à hauteur du déficit qui a atteint 3,45 Md€ en 2011. Sans ces ressources, ce dispositif de solidarité nationale continuera d'être financé par la dette sociale, c'est-à-dire par les générations à venir.

# La couverture vieillesse des personnes les plus pauvres

## Recommandations

→ 52. Assurer un financement clair et stable des dépenses de minimum vieillesse par un relèvement des ressources affectées au FSV.

→ 53. Clarifier le fondement juridique du maintien du service de la majoration L. 814-2 à l'étranger.

→ 54. Harmoniser entre les différents organismes gestionnaires du minimum vieillesse les modalités des contrôles et de leur suivi, en les alignant sur les meilleures pratiques.

→ 55. Supprimer le plafonnement du montant des allocations ASPA récupérable sur succession et généraliser la récupération sur succession aux arrérages à venir de toutes les allocations de 1er niveau.

→ 56. Reculer l'âge minimum de droit commun pour le bénéfice de l'ASPA au même rythme que l'âge d'annulation de la décote au régime général.

→ 57. Mettre en œuvre un dispositif d'information adapté :

- en organisant à la CNAV et à la CCMSA un « rendez-vous des 65 ans » pour renouveler l'information sur l'ASPA effectuée au moment de la liquidation de la pension ou en renforçant les actions partenariales entre les caisses de retraite et les services sociaux des collectivités locales ;

- en menant une campagne de prospection active auprès des retraités qui seraient devenus éligibles au minimum vieillesse à l'issue du récent plan de revalorisation.

## 15 Les dispositifs fiscaux et sociaux propres aux retraités

Malgré la persistance de situations individuelles préoccupantes<sup>(1)</sup>, la population retraitée bénéficie aujourd'hui, sous l'angle financier, d'une situation globalement plus favorable que celle des actifs. Après avoir examiné certains des dispositifs propres aux retraités, la Cour dresse un inventaire des options possibles pour une plus grande solidarité et une plus forte équité entre générations.

**Un coût d'environ  
12 Md€<sup>(2)</sup>**

### *Des avantages fiscaux importants*

Les niches fiscales portant sur l'impôt sur le revenu, qui ne concernent pas les retraités aux revenus modestes, apportent un soutien croissant avec le niveau de revenus et bénéficient donc notamment aux retraités aisés.

Au total, le coût des dépenses fiscales examinées en matière d'impôt sur le revenu (en particulier au titre de

l'abattement de 10 % sur les pensions alors que les retraités n'ont plus à supporter de frais professionnels et de l'exonération des majorations de retraite pour enfants) atteindrait environ 4,5 Md€.

Les avantages au titre de la fiscalité locale dont bénéficient les personnes de plus de 60 ans (exonération de la taxe d'habitation, de la redevance audiovisuelle, de la taxe sur le foncier bâti) ont, par ailleurs, un coût de 0,8 Md€.

### *Des niches sociales coûteuses*

Alors que la contribution sociale généralisée (CSG) est de 7,5 % pour tous les actifs quelle que soit leur rémunération, les retraités bénéficient de 3 taux en fonction du montant de leurs retraites : 49 % d'entre eux paient une CSG à 6,6 %, 12 % supportent une CSG à 3,8 % et 32 % en sont exonérés (chiffres 2008). Cette situation se traduit par des incohérences et des effets de seuil et ne paraît pas justifiée d'un point

(1) Cf. chapitre précédent sur la couverture vieillesse des personnes les plus pauvres.

(2) Les divers avantages familiaux de retraite représentent par ailleurs près de 15Md€. Parmi ces derniers figurent notamment les majorations de pensions pour les parents de 3 enfants et plus dont la Cour a demandé à plusieurs reprises qu'elles soient fiscalisées et (ou) plafonnées.

# Les dispositifs fiscaux et sociaux propres aux retraités

de vue économique et social, en tout cas pour les retraites les plus élevées, d'autant que ce dispositif (taux de 6,6 % au lieu de 7,5 % sur les salaires) est à l'origine d'une perte de recettes de près de 1,2 Md€.

Les pensions servies par les régimes de base sont exonérées de cotisations d'assurance maladie depuis 1998, une cotisation d'assurance maladie au taux de 1 % ne subsistant que sur les avantages complémentaires ou supplémentaires de retraite.

Tous les employeurs de plus de 70 ans quel que soit leur revenu bénéficient d'une exonération de cotisations patronales plafonnée qui peut atteindre 245 € par mois. Le montant de ces exonérations représente un coût de 0,4 Md€.

## Une situation des retraités globalement meilleure que celle du reste de la population

Même si certains pensionnés, notamment des femmes, peuvent n'avoir que de faibles revenus comme l'a analysé le chapitre précédent, et si le vieillissement les confronte progressivement à un risque de perte d'autonomie qui engendre des dépenses importantes, la population retraitée dans son ensemble a rejoint voir dépassé le niveau de revenu du reste de la population.

Ce rattrapage, particulièrement net jusqu'au début des années 80 en raison

de la montée en charge des régimes de retraite et d'un taux de revalorisation élevé des pensions, se poursuit. De fait, les nouvelles générations de retraités ont accumulé des droits à pension plus élevés : le montant moyen de la pension liquidée de droit direct (de base et complémentaire) a ainsi atteint en 2010 1 350 € contre 1 029 € en 2004 ce qui correspond à une augmentation de 8 % en pouvoir d'achat.

Les retraités bénéficient en outre d'un patrimoine moyen supérieur à celui des actifs. En 2004, le patrimoine moyen des ménages retraités était de 252 700 € contre 213 600 € pour les actifs.

Les retraités bénéficient enfin d'un niveau de vie supérieur à celui du reste de la population en raison notamment des revenus financiers et du fait que les personnes âgées sont plus souvent propriétaires occupants de leur résidence principale que les actifs : c'est le cas de 72 % des plus de 60 ans contre 58 % en moyenne. Au final, le niveau de vie moyen des retraités serait selon l'INSEE devenu depuis quelques années légèrement supérieur (23 970 €) à celui des actifs (23 060 €) en 2006.

## Des évolutions devenues nécessaires

*Des avantages fiscaux et sociaux moins justifiés*

Au moment où certaines autres catégories, en particulier les jeunes

# Les dispositifs fiscaux et sociaux propres aux retraités

actifs, voient leurs conditions se dégrader, il semble nécessaire de réexaminer l'ensemble des mécanismes de soutien existants, souvent encore issus d'une période où la situation des personnes âgées était particulièrement précaire.

Cette question revêt une acuité d'autant plus pressante que la contrainte sur les finances publiques se renforce, que des efforts supplémentaires sont demandés aux actifs et que de nouveaux besoins se font jour, qu'il s'agisse de la problématique de prise en charge de la dépendance ou de celles de l'insertion sur le marché de l'emploi et du logement pour les plus jeunes.

*Des marges de manœuvre à mobiliser progressivement*

Avec le souci de ne pas fragiliser les retraités les plus modestes, la réflexion

devrait prioritairement concerner quatre dispositifs :

- la suppression de l'abattement de 10% sur les pensions pour l'impôt sur le revenu (gain estimé : 2,7 Md€) ;
- l'alignement du taux de CSG sur les pensions les plus élevées sur celui appliqué aux salaires (gain estimé : 1,2 Md€) ;
- la suppression de l'exonération au titre de l'impôt sur le revenu des majorations de pension pour enfants (gain estimé : 0,8 Md€) ;
- la mise sous conditions de ressources de l'exonération de cotisations patronales pour les particuliers âgés employeurs à domicile.



## Recommandations

➔ 58. Comme déjà préconisé par la Cour, supprimer progressivement les dépenses fiscales et niches sociales suivantes :

- l'abattement de 10 % sur les pensions, en matière d'impôt sur le revenu (gain d'une suppression : 2,7 Md€) ;

- l'exonération à l'impôt sur le revenu des majorations de pensions pour les parents de trois enfants (gain d'une fiscalisation : 0,8 Md€) ;

- le non alignement du taux de CSG sur les pensions les plus élevées (6,6 %) sur celui appliqué aux salaires (7,5 %) (gain d'un alignement : 1,2 Md€).

➔ 59. Soumettre à condition de ressources l'exonération totale de cotisations patronales dont bénéficient certaines catégories de particuliers employeurs.

➔ 60. Etendre l'assiette de la cotisation d'assurance maladie au taux de 1 % à toutes les retraites complémentaires, ainsi qu'aux pensions de base (au-dessus d'un certain seuil) lorsque la distinction entre ces deux types d'avantages de retraite n'est pas pertinente.

➔ 61. Examiner les conséquences d'une suppression à terme des avantages en matière de fiscalité locale fondés sur un critère d'âge.

## 16 La fonction redistributive des prestations familiales conditionnées par les ressources

La mise sous conditions de ressources d'une partie des prestations familiales à partir des années 1970 a assigné pour finalité à la politique familiale, au-delà de son objectif traditionnel de compensation des différences de niveau de vie entre familles sans enfants et familles avec enfants, de contribuer à la diminution des écarts de revenus entre les familles avec enfants.

### Des prestations à la place grandissante

Elles regroupent le complément familial (CF), l'allocation de rentrée scolaire (ARS) et les différentes composantes de la prestation d'accueil du jeune enfant (les primes de naissance ou d'adoption -(PN-), allocation de base -(AB-) et complément de mode de garde -(CMG-).

Contrairement aux prestations universelles comme les allocations familiales, l'attribution de ces prestations est soit soumise à une condition de ressources soit modulée selon les ressources du foyer.

Au total, cette dimension particulière de la politique familiale, portant plus expressément sa finalité sociale, a représenté en 2010 44 % du

volume des prestations familiales contre 29 % en 2000, soit plus de 13 Md€. Cette croissance est principalement liée à celle du complément de mode de garde car les autres prestations ont eu tendance à s'éroder. La majoration de 25 % du montant de l'ARS décidée à l'été en 2012, qui devrait être compensée par un ajustement du quotient familial d'un montant équivalent, représente pour la branche un effort supplémentaire de 0,4 Md€.

### Un manque de cohérence d'ensemble

Les prestations conditionnées par les ressources répondent à des objectifs très différents, qu'il s'agisse de la prise en compte des dépenses liées à la petite enfance (PN et AB de la PAJE) ou à la scolarisation (ARS), de l'aide aux familles nombreuses (CF), ou de la conciliation de la vie familiale avec la vie professionnelle (CMG PAJE). Elles obéissent de ce fait à des règles d'attribution chaque fois spécifiques et fortement évolutives et leur montant varie sensiblement d'une prestation à l'autre.

Les plafonds des prestations conditionnées par les ressources sont le reflet d'un ciblage, plus ou moins

# La fonction redistributive des prestations familiales conditionnées par les ressources

accentué, sans cohérence d'ensemble, et présentent de ce fait une très grande hétérogénéité.

A cet égard, le positionnement du complément de mode de garde est très particulier puisque son montant est certes modulé selon les ressources de la famille mais toutes les familles peuvent en bénéficier quel que soit leur niveau de revenus. Il est de 171 € par mois pour un enfant aussi bien pour une famille ayant 4 000 € de revenu mensuel qu'une famille disposant de 20 000 € de revenu mensuel.

Le montant des prestations n'obéit pas non plus à une approche homogène du coût de l'enfant.

## Des effets de réduction des inégalités de revenus peu marqués

En moyenne, 34 % des familles éligibles à ces prestations disposent de revenus trop élevés pour en bénéficier, ce qui atteste d'une sélectivité globalement modérée (très faible pour l'allocation de base de la PAJE qui est une prestation quasi-universelle, beaucoup plus élevée pour l'ARS).

Du point de vue de la redistribution verticale des revenus, les prestations sous conditions de ressources stricto sensu (AB et PN de la PAJE, CF, ARS) n'ont que des effets limités sur les revenus des familles et la réduction du taux de pauvreté.

Le complément de mode de garde modulé en fonction des ressources

bénéficie principalement aux familles aisées.

## Un rôle dans la réduction des inégalités de revenus inférieur à celui des prestations universelles

Au sein des prestations liées à l'enfance, les effets de réduction des inégalités de revenus sont dus à 60 % aux prestations sans conditions de revenus et à 40 % à celles sous conditions de ressources. Cette situation s'explique par le volume des premières supérieur à celui des secondes. Parmi ces prestations, l'AB de la PAJE est celle qui contribue le plus à la réduction des inégalités de revenus, car même si elle est peu progressive par rapport au complément familial ou à l'ARS, sa masse financière est importante. A l'inverse, ce sont les familles les plus aisées qui bénéficient le plus du CMG en l'absence de plafonnement, avec un poids financier qui dépasse désormais les 5 Md€ et après une forte montée en charge ces dernières années. Sur ce total, les familles appartenant aux 9ème et 10ème déciles de niveau de vie ont bénéficié en 2009 de 2,1 Md€ de CMG.

Au total, les 50 % des ménages les moins favorisés -qui ne représentent que 30 % des revenus- cumulent 75 % des prestations sous condition de ressources et ne perçoivent que 20 % des prestations modulées en fonction des ressources.

# La fonction redistributive des prestations familiales conditionnées par les ressources

## Revoir l'économie d'ensemble des prestations conditionnées par les ressources

Un abaissement du plafond de ressources de l'AB qui est à un niveau particulièrement élevé et l'introduction d'un plafond de ressources pour la

tranche supérieure du CMG se traduiraient par le dégagement de marges de manœuvre importantes qui pourraient être redéployées au bénéfice des familles les plus modestes sans préjudice de la nécessité de résorber le déficit de la branche famille.

## Recommandations

► 62. Revoir l'économie d'ensemble des prestations familiales sous condition et modulées en fonction des ressources :

- d'une part, en renforçant l'objectif d'aide aux familles vulnérables ;
- d'autre part, en réformant la prestation d'accueil du jeune enfant en

ce qui concerne l'allocation de base et le complément de mode de garde de manière à cibler plus étroitement les familles bénéficiaires et en appliquant un plafond de ressources pour le bénéfice du complément de mode de garde.

## 17 Le pilotage et la gestion du système d'information de la branche famille du régime général

La prochaine convention d'objectif et de gestion (COG) 2013-2016 entre l'Etat et la caisse nationale doit être l'occasion de redéfinir en profondeur les objectifs stratégiques et les modalités de pilotage et de gestion de la branche en matière informatique qui souffrent de graves insuffisances. La qualité de service pour plus de 11 millions d'allocataires qui perçoivent 77 Md€ de prestations en dépend largement, ainsi que les gains d'efficience d'une branche qui emploie 31 000 personnes (ETP).

### Des priorités stratégiques floues

Les trois dernières COG ont assigné à la CNAF des objectifs trop nombreux, sans fixer de réelles priorités. Destinés à mettre en œuvre les objectifs des COG, les schémas directeurs du système d'information souffrent des mêmes défauts et manquent de capacité d'anticipation ou de réactivité. Ils ne sont d'ailleurs que partiellement exécutés.

### Des insuffisances de gouvernance

#### *Une forte responsabilité de l'Etat*

L'Etat porte une large part de responsabilité quant aux faiblesses des instruments de pilotage du système d'information. En signant et en inspirant des COG comportant trop d'objectifs, la tutelle n'a pas assez pris en compte la capacité de la CNAF à les atteindre.

Par ailleurs, l'Etat a multiplié les évolutions de la réglementation sans se soucier suffisamment de leurs conséquences en termes de modifications du système d'information. Or, chaque nouvelle mesure entraîne des développements informatiques que la CNAF doit souvent réaliser dans l'urgence, au détriment des travaux programmés et en méconnaissance des contraintes opérationnelles. Ainsi pour la mise en place du régime de sanctions opposables aux titulaires du RSA, alors même que la CNAF avait indiqué qu'elle ne pouvait envisager une intégration de ce

# Le pilotage et la gestion du système d'information de la branche famille du régime général

dispositif avant début 2013, l'Etat a retenu une entrée en vigueur en avril 2012.

## *Un pilotage hésitant de la CNAF*

L'établissement public doit pour sa part assumer pleinement son rôle de pilotage et se mettre en situation de mener ces projets avec davantage de fermeté et de rigueur.

Malgré la réorganisation du réseau à l'issue du processus de départementalisation des CAF, l'éclatement de l'organisation opérationnelle mise en place pour administrer et faire évoluer le système d'information nuit à l'efficacité de la branche et à la transparence de sa gestion.

Une gouvernance resserrée et clarifiée, des projets moins nombreux et une simplification drastique des structures opérationnelles sont nécessaires.

Consciente des inconvénients d'un dispositif conçu dans le passé par une branche très peu centralisée, la CNAF envisage une réorganisation par la création de pôles régionaux informatiques, mais sans avoir analysé de manière approfondie le positionnement de ces structures.

## Des déficiences en matière de gestion

Réparti dans de nombreux organismes, l'effectif total d'informaticiens de la branche famille est mal connu.

En outre, en l'absence de critères de répartition des compétences entre ces structures en la matière, la passation des marchés informatiques est assurée tantôt par la CNAF, tantôt par les CAF ou des centres régionaux de traitement informatique. Il en résulte une confusion des responsabilités et une connaissance incomplète par la CNAF du montant consolidé des dépenses informatiques engagées.

## Des retards préoccupants de modernisation

La capacité de développement des principales applications paraît actuellement insuffisante au regard du nombre de projets engagés.

La CNAF ne dispose pas encore d'un instrument centralisé de suivi des ressources de la branche consacrées au système d'information et de leur affectation aux différents projets. L'application qu'elle a conçue en 2006 ne le lui permet pas d'assurer ce suivi. Un marché « assistance au pilotage de la branche famille » y supplée imparfaitement.

Consciente de l'obsolescence et des dysfonctionnements de son actuel logiciel de gestion, la CNAF envisage d'acquiescer un nouvel outil qui, néanmoins, ne sera pas opérationnel avant le début de la prochaine COG.

## Recommandations

➔ 63. Axer la prochaine COG sur un petit nombre de priorités hiérarchisées, en imposant à la CNAF de dégager les moyens nécessaires pour les réaliser, et assurer un bilan d'exécution annuel.

➔ 64. Consolider le rôle de pilotage de la CNAF dans le système d'information et s'assurer qu'elle se dote d'une organisation de maîtrise d'ouvrage et de définition des besoins conforme aux meilleures pratiques.

➔ 65. Rationaliser très fortement les structures informatiques autour de pôles nettement moins nombreux et beaucoup plus étroitement articulés

avec la caisse nationale et interdire effectivement aux CAF de procéder à des développements locaux.

➔ 66. Subordonner l'adoption du prochain schéma directeur à la possession par la CNAF des outils nécessaires pour le suivi des projets, des moyens disponibles et des coûts.

➔ 67. Solliciter systématiquement en amont l'avis de la CNAF sur la faisabilité technique des évolutions législatives et réglementaires qui la concernent.

## 18 Les indemnités journalières versées au titre de la maladie par le régime général

Une dépense dynamique aux déterminants insuffisamment analysés

Les indemnités journalières pour maladie servies par le régime général de la sécurité sociale représentent 6,4 Md€ en 2011. Elles ont progressé de presque 50 % depuis 2000, passant de 4,3 Md€ à 6,4 Md€ en 2011.

Malgré le poids et la dynamique de cette dépense qui n'est que partiellement corrélée avec l'augmentation de la masse salariale globale, les arrêts de travail pour maladie demeurent une réalité très insuffisamment analysée. Ainsi, les inégalités observées en termes de fréquence et de durée des arrêts sur le territoire demeurent largement inexplicables : en isolant Paris et les Hauts de Seine, elles varient de 6,5 à 13,2 journées indemnisées par salarié d'un département à l'autre. Cette mauvaise connaissance constitue un obstacle à la définition d'une véritable politique de régulation, qui reste largement à construire.

La nécessité d'un pilotage plus ferme et plus constant

*Une politique de contrôle à redéfinir*

Les nombreux dispositifs de contrôle des assurés se caractérisent par une absence de cohérence d'ensemble. Leur superposition, leur mise en œuvre hétérogène et la faiblesse de leur ciblage rendent peu lisible cette politique. Cette absence de lisibilité est accrue par les problèmes d'articulation entre les services administratifs des caisses et ceux des médecins conseils. Une redéfinition des objectifs de ces services et des méthodes de contrôle apparaît à ce titre indispensable, d'autant qu'ils pourront s'appuyer sur de nouveaux outils en cours de déploiement par l'assurance maladie.

Au vu de la faible proportion de fraudes détectées en matière d'arrêts de travail, la politique de lutte contre la fraude doit par ailleurs évoluer vers la mise en place d'outils permettant de repérer plus systématiquement les fraudes, notamment organisées.



# Les indemnités journalières versées au titre de la maladie par le régime général

*Une régulation à construire,  
particulièrement vis-à-vis des prescripteurs*

En l'absence de démarche cohérente de régulation, la sensibilisation en parallèle de l'ensemble des acteurs - assurés sociaux, employeurs, médecins - doit être construite sur la base de dispositifs propres à chaque acteur. A ce titre, les employeurs doivent plus largement être impliqués du fait de l'importance de la couverture complémentaire qu'ils assurent à la grande majorité des salariés et qui se traduit en pratique pour plus de 65 % d'entre eux par la suppression des 3 jours de carence prévus par la réglementation. Mais une action volontariste vis-à-vis des médecins, premiers ordonnateurs de la dépense, est indispensable. Les dispositifs de régulation des prescriptions d'arrêts de travail ne doivent plus se limiter aux seuls gros prescripteurs et aux seuls médecins libéraux. Alors que le nombre moyen de journées prescrites par médecin généraliste est de 2 700, les médecins du 10ème décile en prescrivent 7 900.

Afin de concerner l'ensemble des prescripteurs, des objectifs en termes de régulation des prescriptions d'arrêts de travail doivent désormais être intégrés dans la négociation conventionnelle.

La régulation des prescriptions doit également inclure les médecins hospitaliers, que les difficultés de traçabilité des prescriptions ont jusqu'alors laissé en marge des outils de

régulation utilisés vis-à-vis des médecins libéraux.

## La simplification de la réglementation, condition de l'amélioration de l'efficience et de la qualité

*Des gains d'efficience indispensables*

La gestion des indemnités journalières représente une charge importante pour l'assurance maladie, qui mobilise 5 300 ETP administratifs pour l'ensemble des risques, soit près de 10 % des effectifs des caisses, pour une prestation qui représente environ 6 % du total des charges des branches maladie et AT-MP.

La complexité de la réglementation conduit à de nombreuses erreurs de liquidation, dont l'incidence financière est substantielle (environ une cinquantaine de millions d'euros en 2011).

*Une qualité de service à améliorer*

En outre, la réglementation en vigueur constitue un obstacle à l'amélioration de la qualité de service. Ainsi, les gains escomptés de la mise en œuvre des projets de dématérialisation sont aujourd'hui largement limités par sa complexité, qui ne permet pas d'automatiser la liquidation d'une part non négligeable des dossiers (40 % à ce stade). Cette situation explique aussi la

# Les indemnités journalières versées au titre de la maladie par le régime général

difficulté à améliorer le délai moyen de paiement (de 38,5 jours en 2011), ainsi que des délais de règlement aux assurés parfois beaucoup trop longs pouvant atteindre plusieurs centaines de jours, en particulier pour les salariés les plus fragiles, pour lesquels une rupture de rémunération induit des conséquences plus graves.

La nécessité d'une simplification, toujours évoquée, toujours repoussée, ne saurait attendre davantage d'autant qu'elle conditionne largement le bon aboutissement du projet de déclaration sociale nominative, dont le principe a été voté en 2012 et dont la mise en œuvre est obligatoire à compter du 1er janvier 2016. Cette déclaration a vocation à remplacer la quasi-totalité des déclarations sociales des employeurs, mais ne peut être envisagée à

réglementation constante sauf à alourdir cette procédure.

Au-delà de la nécessité de simplifier certains points de la réglementation a minima, notamment ceux concernant les éléments demandés aux employeurs dans le cadre de la déclaration de salaire, le chantier de simplification devra aussi s'attacher à harmoniser l'assiette de calcul des indemnités journalières maladie, maternité et AT-MP, qui est spécifique à chaque risque. La préparation de la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS doit ainsi être l'occasion d'une modernisation en profondeur d'une prestation qui, dans ses caractéristiques essentielles, n'a guère évolué depuis la création de la sécurité sociale.

## Recommandations

→ 68. Affiner et actualiser les études sur les déterminants des arrêts maladie.

→ 69. Généraliser et amplifier les actions de responsabilisation du corps médical, notamment en intégrant dans la rémunération à la performance des médecins libéraux un objectif de respect du référentiel de prescription et en mettant sous contrainte de régulation les médecins hospitaliers, en particulier les gros prescripteurs.

→ 70. Evaluer et redéfinir la doctrine d'emploi des contrôles

administratifs des assurés sociaux et redéfinir les objectifs et les méthodes du contrôle médical en termes de ciblage et d'homogénéité de pratiques.

→ 71. Mettre en place les outils et la méthodologie nécessaires à une détection systématique des fraudes, notamment organisées.

→ 72. Moderniser et simplifier la réglementation, notamment par l'harmonisation des assiettes des différents types d'indemnités journalières.