

RÉPONSES DES MINISTRES

REponse COMMUNE DU MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, DU MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, DE LA MINISTRE DU BUDGET DES COMPTES PUBLICS ET DE LA REFORME DE L'ETAT, PORTE-PAROLE DU GOUVERNEMENT ET DE LA MINISTRE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE

Comme chaque année, le rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale dont vous nous avez adressé le projet, constitue une contribution importante à l'analyse des principaux enjeux financiers liés aux politiques mises en œuvre par les pouvoirs publics. Nous portons comme vous le savez une attention particulière à vos observations et recommandations.

Bien qu'elle recouvre des aspects divers qui se retrouvent détaillés dans votre rapport, l'action publique menée par le Gouvernement en matière de protection sociale partage un impératif commun qui est d'une part d'assurer une couverture sociale accessible, de qualité, fournie de façon efficiente et d'autre part d'inscrire les comptes sociaux dans une trajectoire rigoureuse contribuant à la soutenabilité des finances publiques.

Ainsi, alors même que la sécurité sociale a été marquée par les effets de la crise économique et financière depuis 2008, nous avons mis en œuvre des politiques de réforme majeures pour assurer une amélioration continue, structurelle et déterminée des comptes sociaux.

Le premier axe de réforme d'ampleur s'est traduit par la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites qui permettra tout à la fois d'atténuer la croissance des charges et d'augmenter les ressources des régimes de retraites. L'élévation progressive des âges de la retraite minimum et ouvrant droit à une pension à taux plein permettront de réduire de 20 Md€ le besoin de financement des régimes à l'horizon 2020, en contribuant à ralentir le flux des nouvelles pensions liquidées chaque année et en apportant aux régimes des cotisations supplémentaires découlant des rémunérations versées aux salariés qui seront appelés à prolonger leur activité. De plus, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a prévu l'affectation au Fonds de solidarité vieillesse de produits supplémentaires pour un montant de 3,7 Md€ en 2011; qui permettront à ce Fonds de prendre en charge une partie des dépenses attachées au « minimum contributif » jusque là financé par le régime général et les régimes alignés. L'objectif de la réforme est d'atteindre en 2018 l'équilibre de l'ensemble formé des régimes obligatoires de retraite, de base comme complémentaires et auparavant de traiter les déficits de la branche vieillesse et du Fonds de solidarité vieillesse au cours de la période de montée en charge de la réforme.

Le Comité de pilotage des régimes de retraites (Copilor), composé de parlementaires, de représentants de l'Etat, des partenaires sociaux et des directeurs des caisses de retraites, est chargé d'assurer le suivi de la situation

financière des régimes de retraite, notamment des conditions dans lesquelles s'effectue le retour à l'équilibre du système de retraite à l'horizon 2018 et des perspectives financières ultérieures, tout en veillant au respect des objectifs du système de retraite par répartition.

Le deuxième axe concerne la maîtrise des dépenses maladie. Il convient de souligner, comme le fait la Cour, l'avancée voire la rupture que constitue en 2010, pour la première fois, le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) voté par le Parlement à l'automne 2009 dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. Au final, la dépense constatée dans le champ de l'Ondam s'est ainsi avérée légèrement inférieure à l'objectif initial. L'augmentation des dépenses en valeur a marqué un ralentissement d'un point par rapport à la moyenne des cinq années précédentes.

Comme le relève la Cour, ce résultat découle directement des améliorations importantes qui ont été apportées au suivi infra-annuel de l'Ondam, en application des recommandations du rapport présenté par M. Raoul Briet en avril 2010. La constitution du comité de pilotage de l'Ondam regroupant les administrations et organismes en charge de la gestion des risques maladie, la constitution de mises en réserve de crédits afin d'anticiper des risques de dépassement ou de compenser ces dépassements lorsqu'ils sont avérés, ou encore le renforcement des prérogatives du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, ont contribué à ce succès. Pour l'avenir, l'avis que le comité d'alerte sera appelé à rendre sur l'objectif de dépenses proposé par le Gouvernement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante sera de nature à conforter encore la crédibilité de la construction de cet agrégat. Le Gouvernement est totalement déterminé à ce que l'objectif de respect de l'Ondam s'impose comme une pierre angulaire du pilotage des comptes sociaux.

La Cour mentionne toutefois certaines améliorations supplémentaires qui permettraient de rendre plus transparente la construction de l'Ondam et plus objective l'évaluation des efforts effectifs de maîtrise de la dépense. Des efforts en ce sens ont d'ores et déjà été entrepris et transmis au Parlement dans les documents annexés au projet de loi de sécurité sociale pour 2011 et nous partageons le souhait de la Cour de poursuivre dans cette voie, en gardant toutefois présente à l'esprit la nécessité de conserver l'efficacité de la gestion du risque qui requiert que les administrations et les organismes puissent disposer d'une certaine latitude pour atteindre les objectifs globaux d'économies.

Pour l'année 2011, le Gouvernement se donnera tous les moyens d'un nouveau respect de l'Ondam, à un niveau inférieur à la croissance de l'économie, ce qui place la France parmi les pays maîtrisant le mieux les dépenses de santé. Le maintien d'évolutions modérées des dépenses maladie, qui malgré le vieillissement de la population et les nouveaux besoins, se

situent nettement en deçà de la croissance moyenne du produit intérieur brut en valeur constituée à lui seul une mesure structurelle pour le redressement des comptes de l'assurance maladie.

Le troisième axe a consisté à traiter les déficits cumulés de la sécurité sociale selon le principe de cantonnement de la dette sociale au sein de la Cades sur une période maximale de 15 ans, permettant de tenir compte des effets de la crise économique sur les comptes sociaux. Ainsi, un financement a été assuré pour l'ensemble des déficits passés du régime général et du FSV et également pour l'année 2011. Il en est de même pour les déficits que connaîtront la CNAV et le FSV sur la période de montée en charge des effets de la réforme retraites. La création, suite aux remarques de la Cour, d'un tableau patrimonial de la sécurité sociale dès la LFSS pour 2012 concourra à bien mesurer les enjeux liés à la dette sociale et cette nouvelle disposition nous paraît à ce titre tout à fait utile. Si tout doit être fait pour limiter la durée de vie de la Cades, nous tenons néanmoins à rappeler les vertus d'un dispositif qui a permis à la Cades d'amortir l'intégralité de la dette qui lui a été transférée lors de sa création et d'amortir à compter de l'exercice 2011 plus de 11 Md€ chaque année dans la transparence. Le fait que la dette sociale soit autonomisée représente de manière effective un point positif, confirmé par les très bonnes conditions de placement dont bénéficie la Cades.

Le dernier axe a trait à la réduction des niches sociales qui a été poursuivie et amplifiée. Il est tout à fait fondamental que les recettes de la sécurité sociale évoluent au même rythme que la richesse nationale. Par ailleurs, le renforcement de l'attractivité et de la compétitivité de la France suppose de ne pas augmenter le coût du travail pour les entreprises. Pour les particuliers, la réduction des dispositifs dérogatoires préserve le pouvoir d'achat des plus modestes. En 2011 et indépendamment des autres mesures de recettes (notamment l'augmentation du taux marginal de la dernière tranche de l'impôt sur le revenu et du taux des prélèvements proportionnels sur les revenus du capital dans le cadre du financement de la réforme des retraites), les mesures de réduction de niches affectant les comptes sociaux représentent environ 7,5 Md€

L'ensemble de ces réformes est conforté par le renforcement de la gouvernance des finances sociales et en particulier d'une approche pluriannuelle renouvelée. Outre les deux points mentionnés ci-dessus sur l'amélioration du pilotage des dépenses d'assurance maladie et la mise en place du Copilor, les engagements pris par le Gouvernement à travers la loi de programmation des finances publiques 2011-2014 apportent en effet un cadrage et une vision à l'ensemble des acteurs de la sphère sociale, lesquels comptent parmi les conditions de réussite du redressement des comptes sociaux. Rehausser la valeur juridique de ces engagements pour la porter au plus haut niveau de notre ordonnancement juridique, ce qui constitue le cœur de la règle d'or que souhaite inscrire le Gouvernement dans la Constitution, présenterait ainsi un caractère décisif.

Nous tenons enfin à souligner que, dans la continuité des mesures mises en œuvre en 2011, la volonté du Gouvernement de mener une politique ambitieuse de réduction des déficits sociaux trouve une nouvelle fois sa traduction dans les mesures d'ores et déjà annoncées pour 2012, puisqu'environ 6,5 Md€ de recettes nouvelles seront affectés aux comptes sociaux.

Au-delà de ces aspects généraux et des remarques que nos services vous ont formulées, notamment sur votre appréciation sur l'implantation médicale, les sages femmes, l'épargne salariale, nous souhaiterions revenir plus particulièrement sur trois aspects.

S'agissant des dépenses de médicament, la Cour se livre à une analyse des différents éléments qui conduisent au niveau élevé qu'elles atteignent dans notre pays. Nous tenons à rappeler à cet égard que c'est principalement la structure de la consommation de médicaments dans notre pays qui est à l'origine de cette forte dépense : les règles de fixation des prix appliquées par le CEPS visent à ce que les produits onéreux ne soient pas, plus onéreux, en France que dans les autres pays d'Europe, mais ces produits sont proportionnellement davantage prescrits que les produits moins onéreux dans notre pays.

Si la structure de la consommation de médicaments dans notre pays contribue de façon non négligeable à cette forte dépense, il est exact que le processus de remboursement des médicaments pourrait être optimisé, empêchant par exemple que des médicaments présentant un service médical rendu insuffisant (SMRI) soient remboursables par l'assurance maladie. A cette fin, le ministre de la santé a annoncé en janvier 2011 que les médicaments présentant un SMRI ne pourraient être pris en charge par la collectivité, sauf avis contraire motivé de sa part.

Entre 2005 et 2010, la croissance annuelle moyenne du chiffre d'affaires des médicaments remboursables en ville s'est établie à 1,6% contre 6% entre 2000 et 2005. Le niveau du « taux K » de la clause de sauvegarde, ramené à 0,5% par la LFSS pour 2011 alors qu'il était régulièrement fixé à des niveaux de 3 ou 4% au début des années 2000 témoigne de cette décélération des dépenses qu'il faut poursuivre. Le Gouvernement est toutefois soucieux d'exploiter toutes les marges de manœuvre possibles pour améliorer encore les outils de maîtrise des dépenses existants et partage notamment avec la Cour le souci de donner à l'évaluation médico-économique toute sa place dans le processus d'évaluation et de tarification des produits de santé : une mesure en ce sens sera proposée à l'occasion du PLFSS pour 2012. Par ailleurs, agir sur la structure de la consommation de médicaments en France suppose une meilleure information et une implication accrue des prescripteurs. L'introduction d'une part de rémunération à la performance des médecins dans la nouvelle convention médicale va dans ce sens. Le gouvernement s'est par ailleurs engagé, à la suite des travaux des

assises du médicament, à renforcer l'information publique des patients et des prescripteurs sur les médicaments.

S'agissant de la prise en charge intégrale des dépenses de santé par l'assurance maladie, c'est-à-dire les dérogations aux mécanismes de participation des assurés, la Cour considère que « le dispositif actuel d'exonérations ciblées se révèle particulièrement complexe, illisible et peu cohérent » et suggère une réforme dans laquelle ces exonérations seraient supprimées au profit d'un « régime unifié de prise en charge ».

Certes complexe, le système actuel d'exonération obéit à une logique de protection des plus malades (personnes ayant à subir des soins très coûteux, par exemple en affection de longue durée - ALD) et des plus démunis (qui bénéficient d'une couverture maladie universelle complémentaire), ce qui permet à la France d'être l'un des pays de l'OCDE où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante et le reste à charge des ménages le plus limité (9,4% de la consommation de soins et de biens médicaux en 2009 selon le dernier rapport de la Commission des comptes de la santé paru en 2010).

Si ce système est perfectible, tout projet de réforme devra s'appuyer sur une étude approfondie permettant de déterminer les meilleurs paramètres pour maintenir l'accès de tous à des soins de qualité et éviter de déstabiliser le système d'offre de soins.

En tout état de cause, le juste niveau de prise en charge suppose une réflexion globale non seulement sur l'assurance maladie de base mais aussi sur les complémentaires santé. Si aujourd'hui le reste à charge final des ménages s'établit à 9,4% de la consommation de soins et de biens médicaux, c'est aussi du fait de leur recours aux complémentaires santé, qui couvrent 13,8% de la consommation de soins et de biens médicaux et 94% de la population. A travers différentes actions récentes, passant à la fois par des échanges d'informations entre caisses et par une revalorisation des plafonds de ressources et des montants d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, le Gouvernement entend améliorer encore ce taux de couverture afin de faire en sorte que tout assuré social ait accès à une complémentaire santé.

S'agissant des constats émis par la Cour sur l'ambition relative des objectifs de réduction d'effectifs fixés aux caisses nationales du régime général, il convient de rappeler que les objectifs de non remplacement des départs en retraite joints aux efforts de politique salariale ont permis d'avoir une hausse des dépenses de personnel limitée à 0,2% à périmètre constant en 2010. Le Gouvernement sera particulièrement attentif par ailleurs à ce que les fusions récentes permettent de dégager effectivement des gains de productivité, sans altérer la qualité et la proximité du service public, notamment vis à vis de nos compatriotes les plus démunis.

Il convient par ailleurs de souligner que les autorités de tutelle s'attachent à négocier les moyens accordés aux organismes de sécurité sociale

en tenant compte de l'évolution de l'activité, des charges nouvelles et des gains de productivité de chaque réseau.

*REPOSE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE, DE L'ALIMENTATION,
DE LA PÊCHE, DE LA RURALITE ET DE L'AMENAGEMENT DU
TERRITOIRE*

Ce rapport appelle les remarques suivantes :

En premier lieu, dans le chapitre 1, la Cour relève que les comptes de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) n'ont pas été certifiés en 2010. Cette absence de certification est principalement causée par les limitations du contrôle interne. Toutefois, le rapport des commissaires aux comptes constate déjà pour 2010 de réels progrès liés à la mise en place d'un dispositif de contrôle interne refondu. La dynamique ainsi constatée laisse espérer une certification pour l'exercice 2011. C'est d'ailleurs l'un des grands engagements de la Convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue avec l'Etat le 1^{er} mars 2011.

S'agissant du chapitre XV relatif à la réorganisation de la MSA, la Cour a constaté que la restructuration des caisses de MSA était effective au plan juridique. Elle souligne toutefois la nécessité que ces regroupements se traduisent par des bénéfices en matière de performance de gestion.

Je partage cette analyse de la Cour. En effet, si la COG précédente a été celle de la restructuration du réseau des MSA, la nouvelle COG pour les années 2011 - 2015 devra être celle de la réorganisation de l'activité de ce réseau reconfiguré. Ainsi, la COG fixe un cadrage dans ces domaines, tant en termes d'objectifs que de calendrier.

En outre, la Cour formule une série de préconisations afférentes à la gestion du régime de protection sociale des agriculteurs. Ces préconisations appellent les observations suivantes.

Il reste attaché au maintien de la gestion des prestations familiales au sein de la MSA. Un éventuel transfert aux Caisses d'Allocations Familiales (CAF), que la Cour propose d'expertiser, aurait pour effet de mettre fin au statut de guichet unique de la MSA pour la protection sociale du monde agricole. Or ce statut de guichet unique est un atout, tant par son caractère structurant que grâce aux possibilités qu'il offre en matière de lutte contre la fraude.

Sur ce sujet, la Cour évoque l'exemple du Régime social des indépendants (RSI). Or ce dernier n'est pas un guichet unique pour l'ensemble de ses ressortissants. L'Interlocuteur social unique (ISU), mis en place par ce régime depuis le 1^{er} janvier 2008, est un dispositif à destination des chefs d'entreprise visant à simplifier leurs démarches lors de la déclaration et du paiement des cotisations sociales. L'ISU n'a pas de fonction de guichet dans la gestion des prestations servies par le RSI.

Il convient cependant de relever que la différence de coûts de gestion des prestations familiales entre le réseau des CAF et celui de la MSA est importante. La MSA devra faire un effort de performance dans sa gestion des prestations familiales afin de tendre vers un alignement de ses coûts de gestion sur ceux des CAF.

Aussi, je suis favorable à une mutualisation de la gestion des prestations familiales entre les différentes caisses de MSA, qui pourrait prendre la forme de collaborations inter-caisses voire d'une gestion nationale. La COG pour les années 2011 - 2015 prévoit de favoriser de telles coopérations.

La Cour propose également d'évaluer l'impact d'un réaménagement des règles de rattachement à la MSA des salariés dans le secteur des services de façon à régler notamment le problème d'équité lié aux droits des polypensionnés.

Si le montant des pensions des polypensionnés est un sujet qui mérite d'être traité, je suis très réservé quant à l'opportunité d'un changement des règles d'affiliation à la MSA. D'une part, la mutualité agricole au sens large a une histoire commune. Elle se retrouve au sein de la Confédération Nationale de la Mutualité, de la Coopération et du Crédit Agricoles, ce qui explique l'affiliation de l'ensemble de ces salariés à la MSA. D'autre part, il serait plus opérant de revoir les modalités de calcul des pensions des personnes qui passent d'un régime à l'autre plutôt que d'affilier les salariés des Assurances et Mutuelles Agricoles (AMA) et du Crédit Agricole au régime général, car la situation de ces salariés n'épuise pas le sujet : il est tout aussi fréquent que des salariés des exploitations agricoles aient eu des périodes d'activité dans l'industrie et le commerce au cours de leur carrière professionnelle.

En tout état de cause, la question des polypensionnés appelle une réponse globale à un niveau inter-régime qui ne saurait être donnée par le seul régime agricole.

La Cour souligne l'importance des actions de coopération avec le régime général, en particulier pour la formation des personnels et préconise de définir au niveau national, dès le plan d'action stratégique, les missions qui doivent être exercées à une échelle inter-caisses ou nationale et d'en tirer les conséquences sur les contrats personnalisés d'objectif et de gestion.

Je suis en accord avec la Cour sur ces deux points qui s'inscrivent pleinement dans les orientations négociées avec la MSA pour la COG 2011-2015. Ainsi, à titre d'exemple, un cadre a été fixé pour promouvoir respectivement les coopérations entre les caisses et le partage de formations avec les autres régimes.

La Cour invite également à donner compétence aux directeurs de caisse pour remettre les pénalités et majorations de retard, en-deçà d'un seuil

à définir. Je soutiens cette mesure de simplification administrative, qui permettrait également d'améliorer la pratique des remises de pénalités.

La Mission d'audit, d'évaluation et de contrôle des organismes de protection sociale agricole (MAECOPSA) effectue actuellement une étude sur l'activité des commissions de recours amiable. Les conclusions de cette enquête pourraient servir de base de travail à une future évolution.

Par ailleurs, la Cour a constaté un déséquilibre entre le financement de la gestion des régimes des salariés et des non-salariés. Elle recommande d'ajuster les taux des cotisations complémentaires de gestion pour qu'elles financent les charges exactes de gestion de chacun des régimes (salariés et non salariés).

Une autre solution pourrait passer par la fusion des cotisations techniques et complémentaires pour chacun de ces régimes. Le financement de la gestion de chaque régime s'opérerait au moyen d'un prélèvement sur le produit des cotisations. Le choix d'une solution adéquate devra faire l'objet d'une consultation des acteurs concernés.

La Cour suggère enfin de réexaminer le statut des réserves des caisses locales ainsi que d'en centraliser la gestion. Une telle évolution pourrait être intéressante. Cependant, il convient de veiller, notamment, à ce que la centralisation d'une partie des réserves des caisses ne conduise pas à la remise en cause du principe de la comptabilité à l'émission. Ce principe est vertueux car particulièrement incitatif dans le cadre d'une politique de recouvrement efficace des cotisations.

Si la Cour a pu constater une légère dégradation du montant des restes à recouvrer en 2008 et 2009, il convient de rappeler que ces deux années ont été marquées par une crise qui a entraîné une très forte baisse du revenu agricole. En outre, le taux de recouvrement est par nature relatif : en valeur absolue, le montant des cotisations collectées en 2009 a progressé.

Par ailleurs, une solution pérenne au déséquilibre de la branche vieillesse doit être trouvée le plus rapidement possible. En effet, le régime des non salariés agricoles connaît un déficit de l'ordre de 1,2 Md€ par an. Plus la dette du régime agricole se reconstituera et plus l'effort à accomplir pour la résorber sera difficile.

Aussi, je rejoins la préoccupation de la Cour sur les difficultés financières de la branche vieillesse des non-salariés agricoles et sa proposition d'affecter des ressources supplémentaires à la branche pour assurer son équilibre puis le financement de son désendettement.

Enfin, s'agissant du chapitre XVII relatif aux contrôles de caisses dans le cadre du réseau d'alerte, ces derniers ont montré une série d'indicateurs dégradés. Si on peut considérer que la performance du réseau MSA doit être améliorée, il convient de mettre en perspective ces indicateurs, d'une part, avec le contexte économique particulièrement difficile pour le monde

agricole en 2008 et 2009, d'autre part, avec la restructuration des caisses, achevée le 1^{er} avril 2010 et qui a mobilisé les équipes pendant plusieurs années. Les engagements de la COG 2011 - 2015 montrent une ambition d'amélioration forte dans ce domaine.

Je me félicite, tout comme la Cour, du travail accompli par les missions de contrôle partenaires du réseau d'alerte. S'agissant en particulier de la MAECOPSA, la date de fusion avec la Mission nationale de contrôle et d'audit du régime général devrait intervenir le 1^{er} juillet 2012 et non le 1^{er} avril.

REPONSES DES ORGANISMES

PREMIERE PARTIE – LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX

Chapitre II L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2010

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

Sur le pilotage de l'ONDAM

La CNAMTS partage dans l'ensemble les préconisations formulées par la Cour sur les modalités d'élaboration de l'ONDAM. L'intérêt, plus particulièrement, d'une explicitation plus détaillée des hypothèses de construction de l'ONDAM, dans l'annexe 7 du PLFSS, peut être souligné.

L'amélioration du niveau d'information sur la construction de l'ONDAM de l'année à venir dans une annexe au PLFSS serait un paramètre important participant à une meilleure compréhension de l'ONDAM et permettant d'éclairer les prises de décisions en termes d'actions correctrices en cours d'année si nécessaire.

Par ailleurs, la Cour préconise une présentation plus détaillée du contenu des différents sous-objectifs de l'ONDAM. Une telle déclinaison pourrait plus spécifiquement distinguer les crédits limitatifs et les dépenses liées à des prestations de soins. (...)

Sur la réalisation de l'ONDAM soins de ville en 2010

(...)

La Cour estime que, si le respect de l'ONDAM a été rendu possible par la mise en place d'un pilotage plus ferme et le recours à de nouvelles mesures de régulation à effet immédiat, il a aussi tenu à « une combinaison d'éléments aléatoires ou particuliers à 2010 ».

La CNAMTS estime que le respect de l'ONDAM en 2010 tient plus à des facteurs volontaristes que conjoncturels.(...) Le résultat de l'année 2010 a certes bénéficié de facteurs conjoncturels favorables et de la mise en œuvre de certaines préconisations du rapport Briet (gel des MIGAC, qui ont permis de contenir la progression des dépenses sur l'ODMCO) qui ont contribué au résultat de 2010, mais le rapport de la Cour, en focalisant son analyse sur ces « facteurs ponctuels », relativise les acquis d'une stratégie de maîtrise des dépenses qui est déployée dans la durée, qui montre ses résultats au-delà du seul exercice 2010 et qui ont permis à la France d'être, parmi les pays de l'OCDE, l'un de ceux qui ont le mieux maîtrisé la croissance de ses dépenses de santé depuis 2005.

(...)

On ne peut donc nier que les facteurs conjoncturels qui ont contribué au respect de l'ONDAM 2010 interviennent sur fond d'un réel ralentissement des dépenses, ralentissement imputable à la fois à la décélération des volumes d'activité et des professions de santé et de prescriptions et à une gestion très rigoureuse des prix des soins et des produits de santé.

(...)

Ce ralentissement structurel des volumes est, au moins pour partie, à mettre au crédit des programmes de maîtrise médicalisée déployés par l'assurance maladie depuis cinq ans. (...)

DEUXIEME PARTIE – LES DEPENSES DE SOINS ET LEUR MAITRISE

Chapitre IV

La maîtrise des dépenses de médicaments

REPONSE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)

Les éléments d'analyse et de proposition du projet de rapport convergent assez largement avec les propositions que la Haute Autorité de Santé a portées dans les Assises du Médicament.

Nous sommes très attachés à simplifier et rendre plus lisible l'ensemble de la chaîne du médicament.

Nous souhaitons une nouvelle définition des critères d'examen et d'admission au remboursement des médicaments distinguant plus nettement le bénéfice risque incombant à la future Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) et l'intérêt et l'avantage thérapeutique qu'il revient à notre institution d'évaluer et de mesurer.

Nous ferons des propositions en ce sens visant une refondation des actuels critères de SMR et d'ASMR dans un index synthétique valorisant l'avantage thérapeutique représenté par le médicament évalué en regard des traitements existants.

Nous partageons, à cet égard, l'analyse de la Cour sur le fait que les médicaments qui ont, dans le cadre actuel, un niveau de SMR insuffisant ne devraient pas pouvoir être proposés au remboursement. Nos propositions distingueront donc nettement un niveau en deçà duquel l'admission au remboursement ne pourra être proposée aux pouvoirs publics.

Nous considérons que la valeur ajoutée de la Commission de la Transparence que nous proposons de requalifier en Commission de l'intérêt ou avantage thérapeutique doit pouvoir s'exercer dans le champ médico-économique, notamment pour les produits innovants.

Dans cette perspective, il est indispensable de clarifier les missions que la HAS a obtenues en 2008 dans l'évaluation médico-économique et de les qualifier expressément sur les médicaments et produits de santé alors qu'elles visent aujourd'hui de manière plus large les « stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge ».

Nous considérons que pour assurer les missions et les responsabilités qui sont attendues de la Haute Autorité de Santé dans le champ de l'évaluation des produits de santé, les compétences qui sont historiquement attribuées par la loi à la Commission de la Transparence et pour les dispositifs à la CNEDIMTS doivent être transférées, en plein exercice au Collège de la Haute Autorité de Santé.

Enfin, nous partageons également la préoccupation de la Cour de voir les prescriptions hors AMM mieux encadrées. Les recommandations temporaires d'utilisation proposées dans le projet de loi relatif à la modernisation du système des produits de santé, dès lors qu'elles seront conjuguées à une gestion active de la « liste en sus » des établissements de santé, nous paraissent présenter un cadre utile et évolutif du nécessaire encadrement des prescriptions hors AMM. Toutefois, une coordination entre la future Agence Nationale de Sécurité du Médicament et la Haute Autorité de santé nous paraît, en la matière, indispensable, ne serait-ce que pour l'articuler avec les règles de prescription des affections de longue durée et maladies rares définies à l'article L. 162.17.1 du code de la Sécurité Sociale qui incombent à la Haute Autorité de Santé.

Cette nécessaire coordination n'est toutefois pas retenue, en l'état, dans le projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire et des produits de santé. Nous avons fait des propositions de réintroduction d'une collaboration utile entre la future ANSM et la HAS dans l'évaluation et l'encadrement du hors AMM. Nous souhaitons que la future loi puisse en tenir compte.

*REPONSE DU COMITE ECONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTE
(CEPS)*

Le comité partage l'appréciation de la Cour relative à l'effet volume. Différentes méthodes de calcul existent en fonction de la délimitation du champ retenu, mais elles convergent pour donner, sur la période considérée, une croissance faible, comprise entre + 0,9% citée par la Cour et - 0,1% citée par le comité dans ses rapports d'activité de 2004 et 2009 notamment.

(...)

Néanmoins, il paraît indispensable de distinguer l'effet structure, c'est à dire, en l'espèce, une propension française exceptionnellement élevée en Europe à la consommation et donc à la prescription des produits les plus chers dans chaque classe et l'effet prix proprement dit, lequel relève de la responsabilité du comité.

Les rapports d'activité précités du comité distinguent ces deux effets : durant les 10 années considérées l'effet structure s'élève à +84,9%, alors que l'effet prix est de -14,9%. En monnaie constante, l'indice des prix de l'ensemble des spécialités s'établit à 73,2 en 2008 (2000=100) (Éco santé France, mai juillet 2011).

Ensemble, l'effet volume, l'effet structure et l'effet prix donnent une dépense qui se situe aux premiers rangs européens, ce dont le comité a pleinement conscience. L'accent croissant mis par le comité sur les baisses de convergence des prix au sein de chaque classe a contrecarré cette culture, relevée par la Cour, de la prescription favorisant les médicaments nouveaux et chers. Pour autant cette action oblique ne peut, à elle seule, annuler l'effet structure.

A l'évidence, le caractère déflateur de l'effet prix, rappelé ci-dessus, bénéficie de ce que la Cour qualifie de « panne de l'innovation », marquée par le faible nombre de médicaments nouveaux bénéficiant d'une amélioration du service médical rendu (ASMR) élevée, alors même que l'expiration des brevets de spécialités coûteuses entraîne la mise sur le marché de produits génériques dont les prix sont, en règle générale, inférieurs de 55% à ceux des princeps qu'ils concurrencent. Au demeurant, le CEPS constate que cette panne de l'innovation s'observe dans tous les pays développés, quel que soit leur mode de fixation des prix des médicaments. Aussi, le lien qu'évoque la Cour dans sa conclusion, entre le caractère contractuel de la politique suivie en France et cet état de fait, ne paraît pas pleinement établi.

Cette situation éminemment favorable à une maîtrise des prix ne doit pas pour autant conduire le comité à faire preuve d'une moindre rigueur dans la fixation de ces derniers.

La Cour considère à cet égard que les critères de fixation des prix sont « flous » et qu'il existe une « tendance à ne pas lier toujours suffisamment étroitement ASMR et niveau de prix ».

Le comité relève tout d'abord le très faible nombre de produits pour lesquels il a fixé un prix correspondant à un niveau d'ASMR différent de celui déterminé par la commission de la transparence (CT) et fait observer à la Cour que, pour ce faire, les compétences techniques dont il dispose sont appropriées puisque tirées de la pluridisciplinarité de ses membres (dont plusieurs médecins et pharmaciens), la collégialité de ses prises de décision, le recours aux évaluations réalisées par ses pharmaciens rapporteurs et la sollicitation continue de l'avis d'experts médicaux extérieurs.

Le comité partage le souci de la Cour d'éviter l'envoi d'un « signal prix » qui soit « brouillé », ce qui pourrait faire fléchir la volonté, déterminée, des prescripteurs à appliquer le principe d'économicité posé par l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale.

Aussi s'attache-t-il désormais à motiver de façon circonstanciée, comme l'invite la Cour, toute décision divergente partant d'une ASMR 5 émis par la CT et, de même, à solliciter une clarification de cette commission pour toute divergence affectant une ASMR 4. Il sera complètement rendu compte de ces actions dans le rapport annuel d'activité du comité. Il a également entrepris d'établir avec la HAS des relations continues pour enrichir son analyse d'une approche médico-économique des produits de santé. Ces différentes mesures, concertées avec la HAS, devraient permettre d'éliminer le flou déploré par la Cour et établir uniment le lien entre ASMR et niveau de prix, entre effet thérapeutique et prix consenti.

Cette même volonté de transparence conduit le CEPS à réfléchir aux moyens de rendre la politique de remises sur prix plus accessible à l'évaluation de sa pertinence, notamment par le Parlement et la Cour, tout en préservant la nécessaire confidentialité des clauses de l'espèce pour des raisons industrielles et commerciales. En tout état de cause, il n'apparaît pas pleinement approprié de juger de l'efficacité du système de remises au travers de son rendement financier. Ce critère s'impose pour les remises conventionnelles destinées à partager entre la sécurité sociale et le laboratoire concerné, les économies d'échelle issues d'une consommation élevée d'un produit. En revanche, ce critère ne paraît pas pertinent s'agissant des remises quantitatives de fin d'année, ni pour les clauses « de niche », s'appliquant aux produits à spectre étroit, dont la population cible est définie. (...)

Au total, le comité reconnaît la nécessité de mieux motiver et donc rendre plus accessible son action, même s'il n'est pas démontré par la Cour que les « anomalies » dans la fixation des prix soient « nombreuses et coûteuses ». Il ne partage pas le constat d'échec global dressé par la Cour en observant que la politique de fixation des prix a permis, depuis 10 ans de compenser autant que faire se pouvait, la double singularité française d'un volume de consommation élevé et d'une prescription des produits les plus coûteux.

*REPONSE DE MONSIEUR NOEL RENAUDIN (ANCIEN PRESIDENT DU
COMITE ECONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTE - CEPS)*

Le chapitre du rapport consacré par la Cour à la maîtrise des dépenses de médicaments diagnostique une insuffisance patente de cette maîtrise. Ce diagnostic s'appuie sur le constat d'une dynamique des dépenses qui singulariserait la France par rapport à ses principaux voisins. Cette dynamique singulière s'expliquerait principalement par le rôle des prix. L'augmentation des prix trouverait elle-même sa source dans des modalités

de fixation dont le flou et l'opacité signaleraient, là encore, la France par rapport au reste de l'Europe.

S'il n'est pas contesté que les Français demeurent de gros consommateurs de médicaments, en volume et en valeur, on doit rappeler que, depuis quelques années, la décélération des dépenses y est plus forte qu'ailleurs. Ainsi, selon l'OCDE (données disponibles sur le site de cette organisation), sur la période retenue au I-A du rapport (2006-2009), les ventes de médicaments ont cru de 3,3% par an en France, de 3,4% au Royaume-Uni et de 6,3% en Allemagne. Corrigée de l'évolution différentielle des populations, la comparaison est encore plus favorable à la France. De ce fait, l'affirmation selon laquelle, pour une partie substantielle du marché, la décélération des dépenses serait deux fois plus rapide en Allemagne qu'en France et dix fois plus au Royaume-Uni, donne une image tout à fait trompeuse de la réalité.

S'il n'est pas non plus contesté que l'évolution des dépenses de médicaments s'explique bien davantage par la hausse du niveau moyen des prix que par l'augmentation des volumes, les nouveaux médicaments étant souvent plus chers que les anciens, il ne s'agit en rien, contrairement à ce que laisse entendre le rapport, d'une spécificité française, mais d'une réalité universelle. Il est en sens inverse constamment noté par tous les observateurs que les prix français sont et demeurent, en moyenne, significativement plus bas que ceux de leurs principaux voisins. C'est ainsi que la DRESS notait, dans une étude de 2006, que la dépense française de médicaments, par habitant et par an, était supérieure de 35% à la moyenne de ses quatre grands voisins et que cette excédent résultait de quantités supérieures de 55% et de prix moyens inférieurs de 20%.

Au résultat et avant même donc de s'interroger sur les modalités de fixation des prix mises en œuvre en France, force est de constater que ces modalités auront, d'une part, permis que des niveaux de consommation très élevés ne se traduisent pas par des dépenses de même ampleur, d'autre part entraîné, sur des marchés également approvisionnés en médicaments nouveaux, un ralentissement plus important en France de la croissance des dépenses.

Les méthodes de fixation des prix sont qualifiées par le rapport d'imprécises et floues et caractérisées en outre par l'absence de démarche médico-économique.

Trois produits seulement sont cités à propos des critères de fixation des prix (Multaq, Efient et Actos) pour lesquels on se bornera à rappeler que leurs prix ont été fixés à des niveaux plus bas que dans tout autre pays européen et que leur inscription s'est assortie de clauses de volume particulièrement exigeantes, telles qu'aucun autre pays n'en avait prévu.

Sur le flou, le CEPS s'est toujours efforcé dans ses rapports annuels d'explicitier ses raisonnements, afin justement de les rendre opposables par

lui aux entreprises et par les entreprises à lui-même. Il reste cependant vrai que la fixation d'un prix d'inscription résulte fatalement d'une négociation, personne n'ayant encore trouvé le moyen de contraindre une entreprise présente sur l'ensemble des marchés mondiaux à commercialiser un médicament à un prix dont elle estimerait qu'il compromet ses intérêts essentiels.

Peut-on faire mieux que la France sur ce point ? Sans doute. Fait-on mieux ailleurs ? On peut en douter. Il faut commencer par rappeler que, contrairement à ce que semble indiquer le rapport, aucun pays au monde n'utilise les études médico-économiques pour fixer des prix. Ces études sont utilisables – et ont en effet été utilisées durablement par le Royaume-Uni, avec le NICE – pour accepter ou non de rembourser un médicament dont le prix est par ailleurs librement fixé par l'entreprise. Elles ont le grave inconvénient, en raison de la lourdeur de leur mise en œuvre, d'être impraticables sur une grande échelle. Les Anglais s'en étaient rendu compte et dénonçaient déjà il y a quelques années, par la voix de l'Office of fair trading, le caractère déplorable de l'allocation des ressources entraînée par ce système. Leur Gouvernement vient au demeurant d'annoncer sa décision de retirer au NICE ce pouvoir de décider de la prise en charge des médicaments et de s'orienter vers un régime de prix administrés sur la base de la valeur thérapeutique comparée, à la française. Les Allemands, sans être jamais parvenus à faire fonctionner leur propre organisme d'analyse médico-économique, l'IQWIG, avaient pris une décision semblable il y a quelques mois. Il y a donc quelque paradoxe à proposer à la France en modèle des systèmes qui viennent justement, pour des raisons clairement identifiées, de s'orienter vers des techniques très proches de celles mises en œuvre dans notre pays.

*REPONSE DE L'AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE DES
PRODUITS DE SANTE (AFSSAPS)*

Pour ce qui concerne l'AFSSAPS, l'analyse et les recommandations (*que le rapport*) comporte s'inscrivent pleinement dans les orientations que j'ai données à l'agence ces derniers mois. C'est également l'objectif du projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, qui doit être examiné prochainement par le Parlement.

Je souhaite par ailleurs porter à votre connaissance les (...) observations suivantes.

(...)

La recommandation n°22 du rapport évoque la possibilité pour l'Agence d'exiger du laboratoire le dépôt d'une demande d'AMM pour certaines indications, notamment quand les prescriptions hors AMM représentent 15 % et plus des volumes vendus, hors dispositifs prévus par la réglementation.

A cet égard, les précisions suivantes peuvent être apportées. Tout d'abord il me paraît important de rappeler que toute réglementation en matière de production, de distribution ou d'utilisation des médicaments doit avoir comme objectif essentiel la sauvegarde de la santé publique. Dès lors, cet objectif peut prévaloir sur tout autre principe et notamment sur le principe de la liberté de commerce et d'industrie auquel, au demeurant, le Conseil constitutionnel a conféré, par sa décision en date du 16 janvier 1982, pleine valeur constitutionnelle (...), sous réserve que cette atteinte soit proportionnée au but poursuivi.

En ce sens, le projet de loi relatif à la modernisation du système des produits de santé, présenté au Conseil des Ministres le 1^{er} août dernier et soumis à l'Assemblée Nationale, réunie en session extraordinaire, à partir du 27 septembre prochain, encadre très strictement la prescription d'une spécialité pharmaceutique en dehors du champ de son AMM par l'insertion d'un nouvel article L.5121-1-2 qui vient rigoureusement limiter cette dernière à deux cas, de manière temporaire et en l'absence d'alternative thérapeutique. (...)

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES
TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)*

**Sur le rôle important de la croissance des prix dans la dynamique
des dépenses de médicament**

La première partie du projet d'insertion est consacrée à la dynamique des dépenses de médicament et notamment au rôle important de la croissance des prix dans cette dynamique.

Sur ce sujet, la démonstration relative aux facteurs contribuant à la croissance des dépenses de médicaments s'appuie plus sur le facteur volume que sur le facteur prix (...). Le *(texte)* mentionne « une culture de prescription spécifique qui favorise une forte consommation de médicaments nouveaux et chers » évoque l'engouement plus marqué en France, dans la façon de prescrire des spécialités récentes, que dans certains voisins européens. En revanche, le projet d'insertion n'analyse pas le prix relatif de ces spécialités par rapport à nos voisins européens.

Il eut été intéressant de compléter l'analyse par la comparaison tarifaire de plusieurs spécialités entre la France et d'autres pays européens. L'analyse menée par la CNAMTS sur des classes courantes de médicaments (IPP, statines, IEC et Sartan), illustre cette dimension.

Ainsi, les prix moyens par unité standard en 2009 des IPP sont non seulement nettement supérieurs en France par rapport à ceux pratiqués dans la plupart des pays, à l'exception de la Suisse, mais en outre la baisse enregistrée en France (comme en Suisse) est la plus faible : -9% par an à comparer aux -18% observés en Allemagne ou des baisses supérieures à 20% en Italie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Les prix moyens par unité

standard des statines sont aussi très nettement supérieurs en France aux prix allemands et anglais. Les statines étaient en moyenne près de trois fois moins chères en Allemagne et deux fois moins chères au Royaume-Uni en 2009. Comme pour les IPP, les écarts de prix proviennent des très faibles prix des génériques de statines à gros volumes dans ces pays, notamment de la simvastatine. Pour les anti-hypertenseurs IEC et Sartans, la France a de loin les prix moyens par unité standard les plus élevés des pays sur cette classe, la Suisse faisant encore exception. En 2009, les prix français étaient deux fois plus chers qu'en Allemagne et presque trois fois plus qu'au Royaume-Uni. De plus, la baisse des prix de ces produits sur la période a été la plus faible en France derrière l'Espagne.

En outre, ces écarts avec la France sont d'autant plus importants que les prix faibles des génériques concernent des volumes importants. Les politiques de prix bas des génériques observées dans plusieurs pays européens sont d'autant plus efficaces qu'elles sont liées à leur structure de consommation. Cet effet d'interaction, ou effet couplé, « prix x structure » permet en effet d'augmenter les effets individuels de prix et de structure de consommation. Cet effet est très marqué pour les statines avec des prix très bas là où la consommation est très concentrée (80% sur une seule molécule) et des prix plus élevés là où la consommation est très faible (parts de consommation inférieures à 5%).

(...)

Sur le système de fixation des prix

(...)

La CNAMTS partage l'avis de la Cour des comptes, sur l'importance à accorder à la rigueur de la politique de fixation des prix du médicament. Plus particulièrement, sur la « politique à mener en matière de prix », le niveau d'ASMR est un critère qui n'est pas toujours suffisamment pris en compte dans la négociation entre l'industriel et le décideur public. Dans la fixation du prix de la spécialité lors de la négociation du CEPS avec le fabricant, l'avis rendu par la commission de la transparence, sur l'ASMR, devrait avoir un rôle déterminant et non seulement « consultatif ».

Le projet d'insertion souligne les progrès qui restent à accomplir en termes de démarche médico-économique. Cette démarche implique la définition de critères de choix de ratios coûts efficacité. Il faut souligner que ces choix ne sauraient relever de la seule assurance maladie.

La CNAMTS rejoint l'analyse de la Cour sur la nécessité de mobiliser les compétences de la HAS en matière d'études et d'analyses médico-économiques. En effet, dans le cadre des actions de la CNAMTS en matière de maîtrise médicalisée et de diffusion des référentiels de bon usage et surtout d'efficacité des soins, les praticiens conseils et les délégués de l'assurance maladie disposent de trop peu d'études et de documents de

référence pour favoriser l'usage des soins les moins coûteux ou promouvoir la nécessaire hiérarchisation des traitements.

(...)

Sur les dispositifs de régulation de la dépense

(...)

Comme le souligne la Cour, la prescription dans le répertoire des génériques et donc la délivrance de génériques est très inférieure à nos proches voisins européens comme l'Allemagne et le Royaume Uni. Face à ce constat, les actions de maîtrise médicalisée et le CAPI (...) ont été complétées par des actions spécifiques sur la substitution. Ainsi, la signature d'une convention générique, la mise en œuvre d'actions individualisées auprès des pharmaciens et des assurés et enfin la mesure « tiers payant contre générique », ont conduit à une progression de 20 points du taux de substitution dans le répertoire. Ces mesures ont permis de potentialiser les économies sur le développement des génériques dans une période où de nombreux brevets importants tombaient dans le domaine public.

Les différences observées avec l'Allemagne et le Royaume Uni résultent certes de comportements des prescripteurs conjugués à un mode de tarification et à des conditions de prise en charge différentes des spécialités pharmaceutiques. C'est la raison pour laquelle la CNAMTS a proposé à plusieurs reprises, dans le cadre de son rapport annuel sur les charges et produits, l'instauration d'un tarif forfaitaire par classe pour les IPP, à l'instar des modes de tarification retenus en Allemagne notamment.

Le projet d'insertion développe enfin l'évolution des dépenses de médicaments consommés à l'hôpital. Sur ce point il apparaît important de noter que sur les 5,7 Md€ de médicaments consommés à l'hôpital, seule la variation du taux de croissance des molécules onéreuses de la liste en sus affecte le taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie, tandis que la consommation des autres médicaments intégrés dans les GHS n'a aucun impact direct sur les comptes de l'assurance maladie. Ces derniers médicaments ne peuvent pas être suivis, ni analysés au sein des dépenses d'assurance maladie puisqu'ils font partie intégrante du GHS.

La Cour évoque plus spécifiquement la question de la liste en sus, en recommandant une « gestion plus active de la liste en sus » et un renforcement du « contrôle du respect des référentiels de bon usage ».

Sur les contrôles associés aux CBU, la CNAMTS souligne avoir largement contribué à cette politique contractuelle du médicament (CBU) et soutient l'objectif de développement des contrôles, ceux-ci devant, le cas échéant, se traduire par l'application de sanctions. Par ailleurs, les programmes nationaux de gestion du risque à mettre en œuvre par les ARS contribueront à la maîtrise des dépenses de prescriptions par deux actions sur

les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville et la maîtrise des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus.

Concernant la gestion de la liste en sus, il convient de relever que, sur l'exercice 2010, l'évolution des dépenses de médicaments en sus des séjours a fortement ralenti du fait de sorties de la liste d'anticancéreux dont les prix ont chuté (radiations). Ce constat va dans le sens des préconisations de la Cour « d'une gestion active de la liste en sus » ainsi que d'une incitation à établir un constat annuel sur l'état des tarifs négociés par les établissements avec les fabricants. Il faut toutefois souligner qu'à l'heure actuelle, les prix pratiqués par les laboratoires à l'égard des établissements de santé ne font pas l'objet d'un suivi consolidé. Une revue annuelle systématique des pratiques tarifaires permettrait de connaître le prix d'achat de l'établissement et de réviser l'inscription ou la radiation du médicament de la liste en sus.

REPONSE DU LABORATOIRE SANOFI

(...)

Sur la culture de prescription spécifique à la France

La Cour des comptes prend pour exemple la prescription de Plavix indiquant qu'alors que Plavix coûte en France 24 fois plus cher que l'aspirine, cette spécialité est prescrite, dans le cadre de ses indications, 2 fois plus souvent qu'en Allemagne, 3 fois plus souvent qu'au Royaume-Uni et 4 fois plus souvent qu'en Italie.

Sur ce point, le rapport de la Cour des comptes se contente de relever la différence de prix entre Plavix et l'aspirine sans indiquer que c'est un programme d'études cliniques internationales sans précédent dans ce domaine thérapeutique qui a démontré la supériorité de Plavix par rapport au traitement actif de référence qui existait jusqu'alors.

L'aspirine a été choisie comme référence car les études passées avaient démontré son efficacité chez des patients souffrant de maladie coronarienne ou ayant déjà fait un accident vasculaire cérébral ischémique, mais aucune n'avait pu démontrer son efficacité chez les patients souffrant d'artériopathie des membres inférieurs (AOMI).

Plavix a reçu une AMM européenne le 15 juillet 1998 sur la base de l'étude CAPRIE portant sur plus de 19 000 patients. Cette étude a permis de démontrer la supériorité de Plavix par rapport à l'aspirine dans la prévention secondaire des événements ischémiques majeurs (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, décès d'origine vasculaire), quel que soit le territoire artériel initialement atteint (coronaire, cérébral, périphérique).

Depuis septembre 2002, Plavix est aussi indiqué dans la prévention des événements liés à l'athérombose chez les patients souffrant d'un syndrome coronaire aigu sans sus-décalage du segment ST (angor instable ou infarctus du myocarde sans onde Q), en association à l'aspirine. Cette

indication a permis de compléter les preuves de l'efficacité de Plavix chez les patients souffrant de maladie coronarienne.

Enfin, depuis septembre 2006, chez les patients souffrant d'un syndrome coronaire aigu (infarctus du myocarde aigu avec sus-décalage du segment ST), Plavix est aussi indiqué dans la prévention des événements liés à l'athérombose en association à l'aspirine chez les patients traités médicalement et éligibles à un traitement thrombolytique. Cette nouvelle indication renforce encore davantage l'utilité médicale de Plavix chez des patients particulièrement à risque d'évènements graves, potentiellement mortels.

La prescription de Plavix en France est donc le reflet, non pas d'une différence culturelle qui ferait préférer une spécialité nouvelle et plus onéreuse, mais bien celui de l'application de l'« Evidence Based Medicine » ou médecine fondée sur les preuves :

- un programme sans précédent d'études cliniques qui a démontré la supériorité de Plavix et a permis l'obtention d'indications successives auprès des autorités réglementaires (EMA, FDA) ;

- Plavix a été intégré dans les recommandations des sociétés savantes internationales ;

- en France, la Commission de Transparence a octroyé un SMR important sur l'ensemble du périmètre des indications de Plavix, une ASMR 2 en 1998 et en 2002 et une ASMR 3 en 2007, reconnaissance claire de l'amélioration indiscutable apportée par Plavix dans la prise en charge des patients à risque d'évènements cardiovasculaires graves.

Enfin, il est important de souligner que le prix de Plavix a été revu à la baisse à de très nombreuses reprises : -3% en 2003, -5% en 2006, -3% en 2007, -4% en 2008 et récemment -15% en 2010, à l'occasion de la commercialisation de sels alternatifs de clopidogrel plus de 3 ans avant la chute du brevet protégeant l'hydrogénosulfate de clopidogrel.

Sur la fixation du prix des médicaments par le CEPS

Concernant Multaq, il convient de rappeler que la Commission de la Transparence de la Haute Autorité de Santé a indiqué dans son avis du 2 juin 2010 qu'il « représente un moyen supplémentaire utile » par rapport à l'amiodarone.

Par ailleurs, d'autres raisons expliquent sa différence de prix avec l'amiodarone.

Tout d'abord, Multaq dispose d'un périmètre de remboursement par l'assurance maladie limité à 3 sous-populations à risque par rapport à l'indication de l'AMM européenne:

(...)

Ce périmètre de remboursement limité représente une population cible entre 68 000 et 145 000 patients.

L'amiodarone dispose en revanche d'indications remboursées différentes et beaucoup plus larges.

(...)

2,5 millions de boîtes de 30 comprimés d'amiodarone ont ainsi été remboursées par le régime général en 2009 (source Medicam), ce qui permet d'estimer le nombre de patients traités par l'amiodarone au minimum à 410 000 patients (tous régimes, pour une durée moyenne de traitement de 250 jours par an).

D'autre part, Multaq fait l'objet d'une clause conventionnelle qui conditionne son chiffre d'affaires au paiement de remises conventionnelles.

La différence des populations cibles du remboursement entre Multaq et l'amiodarone et le paiement de remises conventionnelles pour Multaq expliquent ainsi le prix plus élevé de ce dernier par rapport à celui de l'amiodarone, produit commercialisé en 1967 et générique depuis de nombreuses années.

Enfin, en ce qui concerne la réévaluation du SMR par la Commission de Transparence et un éventuel déremboursement du produit, il convient de rappeler :

- qu'il existe peu d'alternatives thérapeutiques et que le bénéfice/risque de celles-ci est souvent mal documenté, ce qui a conduit la Commission de Transparence à indiquer dans son avis du 11 mai 2011 qu'elle ne se prononce pas sur le SMR rendu par Flécaïne dans l'attente de la réévaluation de l'ensemble des antiarythmiques ;

- qu'une réévaluation du bénéfice/risque de Multaq est en cours à l'EMA.

Sur la maîtrise de la prescription

(...)

Sur la nécessité d'encadrer plus strictement la prescription hors AMM

La Cour des comptes observe dans son rapport que Plavix serait « *prescrit dans le strict respect des indications que dans un cas sur deux* ». Cette constatation est basée sur des études anciennes (2002) effectuées par l'assurance maladie dans 4 régions, bases de données auxquelles Sanofi-aventis n'a pas eu accès.

Il est nécessaire de préciser que de nombreuses prescriptions ont pu être considérées comme « hors AMM » car les patients ne rentraient pas strictement dans les intervalles de jours correspondant aux critères d'inclusion

dans l'étude CAPRIE qui a servi de base à l'obtention de son AMM européenne initiale.

En effet, cette étude a démontré l'efficacité de Plavix dans la réduction des événements liés à l'athérosclérose (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, décès d'origine vasculaire) chez les malades présentant des antécédents de manifestations cliniques d'athérosclérose définies par un accident vasculaire cérébral ischémique (datant de plus de 7 jours et de moins de 6 mois), un infarctus du myocarde (datant de quelques jours à moins de 35 jours) ou une artériopathie oblitérante des membres inférieurs établie.

Ces intervalles de jours utilisés lors de l'étude CAPRIE ne correspondent pas toujours aux cas de figure qui se présentent aux médecins sur le terrain. Dès lors, un certain nombre de prescriptions réalisées hors des intervalles de jours de l'étude CAPRIE sont considérées « techniquement » comme « hors AMM » mais n'en demeurent pas moins médicalement justifiées.

De façon générale, un suivi en vie réelle de qualité de l'utilisation des médicaments nécessiterait la mise en place en France de larges bases de données pharmacoépidémiologiques accessibles au secteur public et privé, à l'instar du GPRD au Royaume-Uni, ainsi que relevé lors du 4^{ème} Conseil Stratégique des Industries de santé en octobre 2009, puis en 2011 lors des Assises du Médicament organisées par le ministre du travail et de la santé Xavier Bertrand.

REPONSE DES LABORATOIRES TAKEDA

(...) Il nous semble important de vous préciser les éléments suivants :

1) L'exemple d'Actos®, pour soutenir que des études complémentaires après commercialisation ne sont pas requises et en conclure que ce type d'études doit être systématisé, est particulièrement inapproprié. En effet, Actos® n'est pas un médicament qui a manqué de surveillance :

- au niveau national, Actos® a fait l'objet d'une étude observationnelle dans les conditions réelles d'utilisation (« Duetto »), requise par le CEPS et mise en œuvre avec la Direction Générale de la Santé. Mise en place lors de la fixation initiale du prix du médicament, cette étude était précisément la première étude post-commercialisation demandée par le Comité en France.

- au niveau européen, dès l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché par la Commission européenne, l'EMA a requis et fixé les conditions de la mise en place d'une étude observationnelle (« Kaiser »). Il s'agit de l'étude épidémiologique américaine dont vous citez les résultats intermédiaires et qui se poursuit.

Ainsi, loin de n'avoir fait l'objet d'aucune étude post-commercialisation, Actos® a été l'un des tout premiers médicaments à faire

l'objet, depuis une dizaine d'années maintenant, d'études observationnelles en conditions réelles d'utilisation et ce dès l'octroi de l'AMM.

Par ailleurs, vous évoquez la décision de l'AFSSAPS du 10 juin 2011 de suspendre l'utilisation d'Actos® en France.

Pour être plus complet et exact, il conviendrait de préciser qu'Actos® fait l'objet d'une Autorisation de Mise sur le Marché Européenne. Il en résulte que la décision des autorités françaises, adoptée sur le fondement de l'article 20 du règlement européen, ne peut être qu'une mesure provisoire, dans l'attente d'une décision adoptée au niveau européen, seul niveau effectif de compétence en la matière.

Or, l'Agence Européenne du Médicament (EMA) a entrepris une réévaluation du ratio bénéfice-risque de cette spécialité dès le 16 mars 2011. Sans attendre les résultats de cette réévaluation, l'AFSSAPS a cependant décidé de suspendre Actos® sur la base d'une étude « indépendante » de la CNAMTS. Si l'AFSSAPS a considéré Actos® comme dangereux, tel n'est pas le cas de l'EMA. L'Agence a tout d'abord noté des limites en matière de méthodologie à l'étude de la CNAMTS (communiqué de presse du 23 juin 2011) qui a fondé la décision de suspension de l'AFSSAPS. Ensuite, après analyse complète d'autres données disponibles, le Comité des médicaments à usage humain (CMUH) a estimé, jeudi 21 juillet 2011, que le rapport bénéfice/risque d'Actos® restait positif. En conséquence, le CMUH a encadré la prise d'Actos® en révisant le résumé des caractéristiques de ce produit, sans remettre en cause son maintien sur le marché européen. A ce jour, instance nationale française et européenne se retrouvent donc en contradiction, ce qui est préjudiciable aux patients.

2) Indiquer qu'Actos® a obtenu du CEPS un prix tel que le coût de traitement journalier de cette spécialité serait cinq fois plus élevé que celui des traitements de référence, alors que l'évaluation de l'amélioration du service médical rendu par la Commission de Transparence n'était pas disponible, donne à penser, pour le lecteur, que Laboratoires Takeda aurait obtenu un prix élevé et injustifié. Or, l'anomalie apparente ainsi mise en évidence est rapidement corrigée si l'on précise que le prix des médicaments est notamment fixé par rapport au nombre de patients tel qu'estimé par la Commission de la Transparence et le CEPS et qu'à l'époque à laquelle vous faites référence, Actos® avait le statut de médicament d'exception, lequel statut avait été imposé par la Commission de la Transparence lors de la primo-inscription du médicament au remboursement. Les contraintes administratives résultant de ce statut pour le prescripteur sont telles qu'il y avait 215 fois moins de journées de traitement sous Actos® que sous les

autres spécialités⁵⁵⁷. Enfin et surtout, la seule comparaison des prix faciaux des médicaments participe d'une méthodologie incorrecte si elle ne s'accompagne pas d'une étude des remises conventionnelles versées au CEPS par les laboratoires pharmaceutiques. (...)

REPONSE DES LABORATOIRES SERVIER

A propos des médicaments ayant un SMR insuffisant, (*la Cour*) indique que ceux-ci « ne devraient pas, en application de l'article R. 163-3 du code de la Sécurité Sociale, être remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Mais la décision ministérielle d'admission des médicaments au remboursement n'est pas liée par l'avis de la commission de la transparence. La décision prise peut être ainsi en contradiction avec l'avis rendu (...). Il en a été de même pour Médiator® jusqu'en novembre 2009 ».

Suit un encadré relatif à Médiator®, mentionnant qu'en 1999 et en 2006, la commission de la transparence avait émis à son égard un niveau de service médical rendu (SMR) insuffisant et que : « Malgré cet avis, le niveau de prise en charge de 65% a été maintenu » jusqu'en novembre 2009, date de suspension de l'AMM de la spécialité.

Ces faits sont exacts, mais leur relation est incomplète pour expliquer et rendre compréhensible le maintien de ce taux de remboursement.

Il conviendrait tout d'abord de noter que Médiator® n'a pas été la seule spécialité dans ce cas : comme le rappelle une dépêche de l'Agence de presse APM en date du 15 mai 2011, 44 autres médicaments à SMR insuffisant restent encore aujourd'hui toujours remboursés.

En ce qui concerne plus particulièrement Médiator®, en 1999 et dans les années qui ont suivi (cf. Rapport n°RM2011- 001P de l'IGAS), il s'avère qu'au lieu de revoir son taux de remboursement en application de l'article R. 163-3 du code de la Sécurité Sociale comme indiqué plus haut, les pouvoirs publics ont préféré à l'époque en baisser le prix, à l'instar des autres spécialités à SMR insuffisant : ce sont donc des baisses de 10% en novembre 2000, 7% en novembre 2001 et 5% en novembre 2002 qui lui ont été appliquées.

Il serait souhaitable de préciser aussi, dans le même encadré, qu'en 2006, suite à une nouvelle demande de réévaluation du SMR de Médiator® par le Ministre chargé de la Santé, la Commission de la Transparence s'est prononcée pour un sursis à statuer, dont les raisons sont explicitées dans le § 4.2 de l'Avis en date du 10 mai 2006 de la Commission de la Transparence le concernant :

557. Le nombre de journées de traitement par Actos® était en volume 1,3 millions à comparer aux 279,4 millions de journée de traitement par la metformine sur cette période.

- compte-tenu des dernières données cliniques disponibles sur ce médicament dans le traitement du diabète et,

- dans l'attente des résultats de la réévaluation alors en cours de son rapport bénéfice/risques par l'Afssaps.

Ce processus de réévaluation s'est achevé par la suspension de l'AMM de la spécialité, qui est intervenue en novembre 2009.

Sur « La nécessité d'encadrer plus strictement la prescription hors autorisation de mise sur le marché (AMM) », il est indiqué que les prescriptions hors AMM non signalées pourraient avoir un impact financier pour la collectivité, voire s'avérer potentiellement dangereuses en l'absence d'évaluation du rapport bénéfice-risque correspondant.

Sur cette base, il est proposé à la puissance publique une préconisation sur laquelle nous nous interrogeons : en effet, imposer une demande d'AMM dans une indication correspondant à un mésusage constitue-t-il le moyen le plus adapté pour circonscrire ce mésusage, d'autant plus que le produit concerné peut en réalité ne pas présenter les propriétés que le prescripteur ou le patient en attendent ?

Pour leur part, Les Laboratoires Servier ont toujours rappelé aux médecins qui les interrogeaient sur Mediator, le cadre strict de ses indications pour invalider tout usage hors AMM. (...)

REPONSE DU LABORATOIRE ROCHE

Le projet dont j'ai pris connaissance n'appelle aucune observation de ma part.

Chapitre V **La répartition territoriale des médecins libéraux**

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

L'avenant 20 a constitué une première réponse. Il est nécessaire de rappeler qu'il visait autant à favoriser le maintien des médecins installés qu'à aider à l'installation de nouveaux médecins. Le bilan de sa mise en œuvre, réalisé par la CNAMTS, montre effectivement qu'il a permis d'infléchir la tendance dans les zones défavorisées, dans la mesure où, en 4 ans, ces zones ont bénéficié d'un apport net de l'ordre de 50 médecins, soit 3% d'effectifs en plus, alors que la démographie est restée stable dans les zones non déficitaires jusqu'en 2009 et a décru en 2010.

Seul un médecin a bénéficié d'une aide supérieure à 100 000 € au titre de l'année 2009, la moyenne des aides reçues était de 27 000 € comme le mentionne le rapport de la Cour.

Suite à ce bilan, les partenaires conventionnels ont revu le dispositif dans le cadre de la négociation de la nouvelle convention médicale actuellement. Les axes sont les suivants :

- une diversification des aides avec notamment une aide à l'investissement dans le cabinet (équipement,...), 5 000 € par an pendant trois années ;

- un plafonnement de l'aide à l'activité à hauteur de 20 000 € annuels (de type avenant 20), comme la Cour le recommande, afin de limiter les effets d'aubaine pour certains médecins ayant une activité très importante et le coût du dispositif ;

- un assouplissement de la notion de groupe en permettant aux médecins qui exercent au sein d'un pôle de santé de bénéficier d'une aide, ce qui permettrait de faciliter l'installation des médecins en ne conditionnant pas l'aide à un regroupement physique.

Le volet « aide à l'investissement » devrait permettre d'avoir un impact plus important auprès des jeunes médecins, contrairement à la seule aide à l'activité qui est liée à l'importance de la patientèle et favorise donc les médecins déjà installés avec une patientèle établie.

Le futur dispositif s'appliquera dans les zones définies dans les SROS actuellement en cours d'élaboration par les ARS.

Concernant le contrat d'engagement de service public (CESP), il est à noter que l'Assurance Maladie n'est légalement associée ni au niveau du choix des allocataires ni au moment de l'établissement de la liste des lieux d'exercice.

Enfin concernant le dispositif de régulation à l'installation des infirmiers, la CNAMTS souligne que le dispositif est pérennisé et renforcé. En effet le relevé de fin de négociation du 24/06/2011 signé les partenaires conventionnels prévoit la poursuite du dispositif avec un doublement du nombre de zones concernées par les mesures de régulation conventionnelle, que ce soit des zones sous-dotées ou des zones sur-dotées.

Sous réserve de l'accord des ministres en charge de la santé, de la sécurité sociale, des solidarités et de la cohésion sociale pour appliquer la régulation démographique aux autres formes d'offres de soins infirmiers mentionnées dans le projet d'avenant et pour intégrer l'évolution du zonage dans les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins à venir, l'avenant sera signé en septembre 2011.

Chapitre VI

Le rôle des sages-femmes dans le système de soins

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

La CNAMTS rejoint la Cour des comptes sur l'intérêt de renforcer le rôle assuré par les sages-femmes dans le système de soins.

La première recommandation de la Cour prévoit une meilleure articulation et valorisation des compétences des sages-femmes avec celle des gynécologues-obstétriciens afin d'optimiser la prise en charge des grossesses physiologiques. La convention de 2007 a déjà valorisé l'activité des sages-femmes sur le suivi de grossesse avec la création de la consultation de grossesse (CG) ainsi que sur le suivi post-natal avec la création de séances dédiées.

La modification de la nomenclature pour réorienter les sages-femmes vers des actes à plus forte responsabilité a été initiée en 2008 avec une revalorisation de l'accouchement, plaçant ainsi le tarif des accouchements et la surveillance isolée d'un accouchement à un tarif quasiment identique à celui d'un médecin. Compte tenu de l'extension des compétences des sages-femmes, une revalorisation de la consultation en tant que telle n'est pas exclue mais elle doit s'accompagner effectivement d'une négociation sur des baisses de nomenclature pour les actes les plus réalisés mais les moins risqués.

La CNAMTS partage le constat de la Cour sur les lacunes de la répartition démographique des sages-femmes sur le territoire. En effet, cette profession médicale connaît le taux de croissance le plus dynamique parmi les professionnels de santé libéraux, avec un taux de croissance annuel moyen de 6,7% entre 2000 et 2009. Cependant, l'étude de la répartition actuelle des sages-femmes libérales fait apparaître de fortes disparités géographiques qui peuvent conduire à des difficultés d'accès aux soins pour les patientes dans les zones à faible densité. C'est pourquoi, dans le cadre des négociations d'un avenant conventionnel, l'Assurance maladie s'attache à mettre en place, en concertation avec les syndicats de sages-femmes libérales, un dispositif d'incitation et de régulation de la démographie afin de permettre une meilleure répartition démographique.

Comme la Cour le remarque, la diminution des durées de séjour en maternité implique l'existence d'un accompagnement de qualité des retours à domicile. L'offre est actuellement disparate sur l'ensemble du territoire. L'hospitalisation à domicile (HAD) pour des situations physiologiques doit être analysée au regard des recommandations de la Haute autorité de santé. On constate par exemple que, dans ces situations, 75% des suivis en HAD concernent des sorties à J+3 ou plus alors que la HAS les recommande,

s'agissant de grossesses physiologiques, à J+2 ou moins. Les réseaux de périnatalité apparaissent hétérogènes en terme de contenu (de l'accompagnement ante et post natal à la veille épidémiologique) comme de coût.

Le programme d'accompagnement du retour à domicile conçu par l'Assurance maladie a pour objectif de s'inscrire dans l'offre de soins existante et d'optimiser les complémentarités des interventions hospitalières et libérales. En outre, il répond aux attentes des mères.

(...).

Ces résultats positifs ont conduit l'Assurance maladie à étendre progressivement le dispositif. Une première vague a été lancée fin 2010 avec 12 nouveaux départements. Une seconde vague sera lancée au 2ème semestre 2011. L'objectif à terme est d'offrir ce service au plus grand nombre de femmes sur l'ensemble du territoire.

Enfin, dans le cadre la négociation conventionnelle actuelle, il est envisagé d'étendre le programme vers l'amont, c'est-à-dire préalablement à l'accouchement afin d'utiliser dans toutes leurs dimension les compétences des sages-femmes.

*REPONSE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES
(CNOSF)*

(...)

L'ensemble de ces recommandations et des différentes problématiques soulevées par la Cour vont (...) dans le sens des orientations souhaitées par le Conseil national et nous ne pouvons que souhaiter que, rapidement, les mesures que la Cour préconise soient mises en œuvre par les autorités compétentes.

Au terme de sa réflexion sur le projet d'insertion, le Conseil national souhaite toutefois faire part à la Cour de ses observations sur trois points qui y figurent.

1/ Le Conseil national, dans le droit fil de ses observations précédentes, aurait ainsi souhaité qu'une attention plus particulière soit accordée au renforcement de l'autonomie des sages-femmes ainsi que sur leurs nouveaux champs de compétence.

Compte tenu de la nécessité de développer des projets pour le suivi et l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement physiologiques, le Conseil national insiste pour que des solutions soient rapidement mises en œuvre afin de permettre les accouchements physiologiques par les sages-femmes dans l'ensemble des établissements. Si des solutions existent juridiquement, leur mise en œuvre n'est possible, dans le cadre organisationnel actuel et compte tenu du poids hiérarchique qui réduit

l'autonomie professionnelle des sages-femmes, qu'avec l'accord des responsables des services des maternités et l'appui des directions des établissements.

(...)

2/ La Cour relève que la nomenclature des actes professionnels (NGAP) des sages-femmes devrait être reconfigurée de manière à revaloriser les actes à forte responsabilité médicale, telles que les consultations de grossesse, l'accouchement ou le suivi gynécologique de prévention et de contraception, ce que le Conseil national ne peut que soutenir.

Les cours de préparation nous semblent malgré tout essentiels car ils couvrent le vécu de la grossesse, la préparation à l'accouchement, la prise en charge du nouveau-né après la naissance, la mise en place du lien mère enfant ainsi que les conseils d'allaitement et de puériculture (cf. recommandations de la HAS).

(...)

Par ailleurs, pour atteindre ces objectifs, la Cour propose que cette reconfiguration de la tarification des actes applicable aux sages-femmes libérales se fasse à « enveloppe constante » au profit du suivi global et du suivi post-natal.

Le Conseil national s'interroge sur la portée de cette réserve qui risque de bloquer toute évolution des tarifs applicables aux sages-femmes libérales, alors même que les augmentations des lettres clés de l'assurance maladie, servant de base à la tarification de leurs actes, sont gelées depuis 2002.

(...)

3/ La Cour recommande de faire strictement respecter l'interdiction de réaliser des accouchements à domicile programmés sans couverture assurantielle.

(...) Le Conseil national souhaite compléter la question en regrettant, comme le font de nombreux professionnels de la naissance, que l'Etat n'intervienne qu'avec parcimonie pour trouver des solutions aux problèmes posés par le montant des primes qui sont demandées par les compagnies d'assurance pour faire bénéficier les professionnels d'une couverture en responsabilité civile.

(...)

Chapitre VII

Tarifification à l'activité et convergence tarifaire

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

Le rapport relève la déconnexion entre l'étude des coûts et la construction des tarifs. Il convient en effet de bien distinguer l'analyse des coûts, d'une part et la politique tarifaire d'autre part. Il n'existe pas de connexion nécessaire entre ces deux dispositifs et une telle déconnexion n'est pas problématique, sauf à vouloir fixer les tarifs sans tenir compte des gains potentiels de productivité.

La politique tarifaire constitue en effet un outil de régulation pour les pouvoirs publics, qui peut être conçu comme un outil d'orientation des choix des acteurs du système de santé. C'est ainsi que la politique tarifaire a contribué à inciter au développement de la chirurgie ambulatoire. Par ailleurs, compte tenu de la nécessité pour le système de santé de développer des gains d'efficacité, une connexion entre les coûts constatés et les tarifs financés conduirait inévitablement à la poursuite de situations sous-optimales du point de vue de l'efficacité micro-économique.

Concernant la politique tarifaire, celle-ci nécessite toutefois un renforcement de l'effort de transparence à l'égard de l'ensemble des acteurs et, surtout, le développement d'une lisibilité pluriannuelle qui permettrait aux établissements une meilleure anticipation et un meilleur accompagnement de leurs efforts de redressement.

La Cour souligne par ailleurs les enjeux inhérents à la qualité du codage PMSI en termes d'analyse statistique. D'autres enjeux ne doivent toutefois pas être mésestimés et tout particulièrement la nécessité en termes d'équité et de maîtrise des dépenses publiques du respect des règles de facturation, le codage PMSI fondant les arrêtés de facturation pour les établissements anciennement sous dotation globale. Par ailleurs, cette approche est loin de réduire l'intérêt des données comptables, qui sont le plus souvent considérées comme une source de qualité. Le passage à la facturation directe permettra de renforcer les contrôles automatisés lors de la liquidation, d'améliorer la connaissance de l'activité au fil de l'eau et permettra de disposer d'une source robuste d'analyse de la dépense.

La Cour évoque enfin les outils de suivi de la dépense hospitalière, soulignant l'intérêt de l'usage des données du PMSI. Elle illustre le propos par certaines difficultés d'analyse rencontrées en 2006. Or cette approche sous-entend une approche réservée quant aux données issues de la facturation, qui constituent pourtant la source généralement considérée comme la plus fiable sur les versements des caisses.

Pour autant, ce propos doit être très largement nuancé. Ainsi, les conditions d'élaboration de la campagne tarifaire et les difficultés rencontrées, malgré des améliorations récentes, dans le suivi des dépenses hospitalières ex-DG, montrent les limites du suivi des dépenses du secteur hospitalier public.

(...)

Par ailleurs, la construction des campagnes tarifaires gagnerait à être fondée sur une analyse plus précise des analyses tendanciennes des volumes. C'est à cette condition que l'ONDAM hospitalier pourra être durablement maîtrisé. Or la campagne 2010, au cours de laquelle l'ONDAM hospitalier n'a pu être respecté qu'au prix d'une régulation des MIGAC, illustre les marges de progrès dans les modalités de construction de la campagne tarifaire.

Chapitre IX

Les coopérations hospitalières

REPONSE DU CHU DE RENNES

« Il arrive aux coopérations entre établissements publics de ne pas répartir convenablement leurs charges. On peut citer celles qui lient le CHU de Rennes et le CH de Redon (remboursement des mises à disposition pour les consultations avancées) (...) »

Les collaborations pour lesquelles cette remarque concernant l'équilibre des charges a été formulée sont deux conventions de mise à disposition de praticien, respectivement en neurologie et en gastro-entérologie.

Ces collaborations ont pu être mises en place suite à l'attribution par l'ARH de financements équivalents aux deux établissements qui ont permis de créer deux postes partagés de praticiens hospitaliers entre les établissements partenaires. Les conventions prévoyant le financement d'un ETP à mi-temps traduisent cette situation.

(...)

Dans le cadre de l'évaluation menée en juin 2010, le CHU et le CH de Redon ont convenu de faire évoluer les modalités financières et un avenant a été signé pour mettre en adéquation le remboursement avec le temps médical effectué sur site, au coût réel.

Il faut préciser que l'évolution du financement des hôpitaux (financement à l'activité) modifie considérablement l'appréciation des équilibres financiers liés à ces collaborations. Dans ce contexte, rien ne permet d'affirmer que les modalités de facturation mises en place (remboursement d'une quote-part de rémunération) créent un déséquilibre financier en défaveur de l'établissement, le « déséquilibre » pouvant même

être inversé en fonction de l'activité déployée par le praticien sur le temps de sa mise à disposition.

REPONSE DU CH DE LAVAU

Les limites départementales qui ont été retenues pour constituer les territoires de santé sont, pour la plupart du temps et depuis longtemps très artificielles et ne tiennent pas compte des flux réels des populations pour faire face à leur besoin de santé. Les patients « votent avec leur pieds » et vont où cela les arrange en fonction de leur libre choix et/ou de l'orientation de leur médecin traitant. Les critères de ces choix sont très variables mais parmi ceux-ci, la commodité des moyens routiers et/ou des moyens de transport en commun est souvent un élément déterminant. Depuis très longtemps les patients (notamment pour les besoins de soins chirurgicaux) du bassin de santé de Lavar (et des communes environnantes) étaient tout naturellement tournés pour l'essentiel vers Toulouse (cliniques et CHU) et une autre partie vers les cliniques privées d'Albi.

Les taux de fuite du territoire de santé du Tarn étaient donc déjà importants avant le partenariat avec le CHU.

Ce que nous avons voulu faire c'est, en reconvertissant l'hôpital, maintenir une offre de soins publics de qualité et en secteur conventionné afin de « gérer » cette « concurrence » avec le CHU et afin de la développer. Nous estimons ce pari en partie gagné même si cela reste à consolider et s'il faut améliorer certains points.

Le CHU a certes augmenté ses parts de marché de patients du bassin de vie de Lavar et c'était bien le but. Il reste à Lavar la partie « consultations externes » qui peut difficilement être équilibrée. Il convient par contre de développer la chirurgie ambulatoire à Lavar, qui est effectivement encore le point faible du partenariat.

REPONSE DU CH DE DOUARNENEZ

1) L'ouverture du plateau technique du centre hospitalier de Douarnenez aux médecins libéraux représente un intérêt partagé :

- pour les praticiens car il leur a été ainsi offert de sécuriser les actes nécessitant la présence soit d'un médecin anesthésiste, soit d'une infirmière, soit d'un équipement dédié ;

- pour l'hôpital qui trouvait ainsi réponse à une diminution de la ressource médicale disponible dans certaines disciplines (imagerie par exemple) et qui développait des segments d'activité jusque là réduits telle que l'endoscopie.

- pour le bassin de population enfin par un accès à des soins de spécialité dans le cadre du service public hospitalier et au tarif conventionné.

(...)

Les praticiens libéraux utilisant le plateau technique du centre hospitalier de Douarnenez interviennent sur des usagers de l'établissement public de santé et non sur une clientèle privée, à la différence des conventions de co-utilisation du plateau technique, des ex-cliniques ouvertes et de l'activité libérale des praticiens temps plein dans lesquelles le médecin, exerçant pour son propre compte, tire un avantage des moyens et de la notoriété de l'hôpital. Ce sont en réalité, malgré le maintien de leur statut libéral, des collaborateurs du service public qui permettent à l'établissement public de santé d'assurer ses missions.

De surcroît, ces médecins ne sont rémunérés qu'à proportion de leur activité dûment constatée contrairement aux praticiens hospitaliers qui disposent d'une rémunération statutaire quel que soit le volume de leur activité.

Au surplus, afin de respecter le principe d'égalité devant le service public, ils ne peuvent recevoir de rémunération assise sur des dépassements d'honoraires à la différence des conventions de co-utilisation, des ex-cliniques ouvertes ou de l'activité libérale des praticiens temps plein.

Au regard de ces contraintes spécifiques, les praticiens libéraux qui acceptent d'exercer uniquement sur des patients de l'établissement public de santé, dans le cadre juridique d'un groupement de coopération sanitaire, bénéficient d'un régime de rémunération spécifique que ni le législateur, ni les pouvoirs publics n'ont entendu encadrer au-delà des dispositions de l'article R. 6133-10 du CSP. Or cet article ne fait aucunement état du versement d'une redevance quelconque et aucun principe général du droit, contrairement à l'occupation du domaine public, n'impose le versement d'une telle redevance.

C'est donc librement que le centre hospitalier de Douarnenez a pu décider du montant prélevé sur la valeur des actes CCAM de référence en tenant compte non seulement des coûts supportés par le centre hospitalier mais aussi des recettes obtenues par l'établissement au titre de l'activité développée par les médecins libéraux (...).

2) (...) Cette coopération (*avec le CHI de Cornouaille*) fondée sur un souci d'optimisation des ressources médicales disponibles a d'abord permis de renforcer en chirurgie et anesthésie la réponse du centre hospitalier intercommunal de Cornouaille, établissement de référence, à son obligation d'assurer la permanence des soins hospitalière sur le territoire de santé et d'adapter celle-ci à l'évolution des besoins, notamment en obstétrique.

Cette coopération a également favorisé l'appropriation de protocoles médicaux partagés par l'exercice sur les deux sites d'équipes médicales et soignantes dont la compétence a gagné en homogénéité et donc en sécurité pour le patient. (...)

Enfin, la coopération développée depuis 2002 a également permis de progressivement différencier, dans un souci de sécurité des soins, la chirurgie développée sur l'un et l'autre site, réservant à l'établissement de référence tous les actes à risques exigeant un plateau technique de haut niveau et un service de réanimation et développant sur Douarnenez une chirurgie programmée, ambulatoire.

En conclusion, la coopération développée par le centre hospitalier de Douarnenez avec l'établissement de référence a permis de stabiliser les équipes médicales de chirurgie et d'anesthésie sur le territoire de santé et d'offrir sur les deux sites un accès à des soins gradués, assurés en toute sécurité.

D'ailleurs, cette approche développée depuis 10 ans ne fait pas obstacle aujourd'hui à la rédaction d'un projet de territoire porté par les cinq établissements participant au service public hospitalier et dont la finalité, en termes de chirurgie, est de regrouper sur un site unique l'activité opératoire conventionnelle tout en préservant sur les établissements de proximité l'accès à des activités d'exploration et de médecine opératoire.

REPONSE DU POLE DE SANTE DU GOLFE DE SAINT-TROPEZ

(...)

Le fonctionnement médical est très satisfaisant (surtout pour les patients). Le résultat purement économique l'est un peu moins. Pour l'aspect « durable », la coopération fonctionne depuis 12 ans sur deux sites et depuis 7 ans sur un site et devrait perdurer sur les mêmes bases d'activité pour la durée de vie du SROS à venir et peut-être plus. La durée des accords doit être superposée à celle des autorisations. Généralement, les protagonistes de projets innovants comportant des investissements lourds les envisagent bien évidemment pour une durée supérieure au schéma régional d'organisation des soins

Le partage entre obstétrique et chirurgie gynécologique découle de la situation à un moment donné (activité, qualité, service rendu aux populations, effectifs médicaux disponibles, forces en présence et avenir à moyen terme) et de la volonté de supprimer des doublons coûteux (donc une seule autorisation et un seul bloc opératoire) mais aussi de celles des praticiens concernés. L'autorité administrative ne peut imposer une activité à un établissement à but lucratif : l'acteur public a effectivement la part d'activités la moins programmable (urgences) et la moins rentable (médecine), mais le coût du maintien des doublons serait bien plus grand, pour chaque entité, pour la Sécurité Sociale et pour la qualité des soins, donc pour les risques liés à la non-qualité, assurés aussi par la Sécurité Sociale. Les retombées médico économiques ne peuvent pas être analysées au travers des seuls comptes des établissements acteurs de soins (hôpital et clinique), mais doivent aussi intégrer le service rendu et la qualité de prise en charge des patients. Il est

difficile d'estimer les économies ou plutôt les non dépenses engendrées par une coopération, comparée à un système « sans coopération ».

(...)

TROISIÈME PARTIE – COUVERTURE OBLIGATOIRE ET PROTECTION FACULTATIVE

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

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

Le constat d'une certaine sédimentation des dispositifs d'exonération, comme l'a constaté la Cour, peut effectivement être posé. De ce fait, une analyse approfondie de l'impact de ces dispositifs est nécessaire pour contribuer à éclairer les acteurs du système de soins.

Concernant le coût du dispositif des ALD, auquel s'intéresse le rapport, il faut souligner que les dépenses remboursées ne sont pas représentatives du coût du dispositif et qu'une partie des dépenses induites par cette augmentation aurait de toute façon été remboursées à 100% pour d'autres motifs (hospitalisation avec actes supérieur à 91€-120 euros à partir de mars 2011-, chimiothérapie, médicaments irremplaçables...).

Par ailleurs, face à l'appréciation posée par le rapport, qui estime que les mesures d'aménagement du dispositif issu des précédentes LFSS sont insuffisantes, les précédents rapports sur les charges et produits de la CNAMTS ont montré la concentration croissante des dépenses d'assurance maladie, y compris au sein de la catégorie de patients en ALD. Ce n'est pas tant le dispositif d'exonération du ticket modérateur que les facteurs épidémiologiques et la diffusion du progrès technologique qui constituent aujourd'hui le moteur de la croissance de ces dépenses.

Enfin, il faut souligner que les pouvoirs publics ont fait évoluer, au cours des dernières années, les contours du dispositif des ALD :

- sortie des ALD pour les patients en rémission, assortie du maintien de la prise en charge des examens de suivi - le maintien en ALD de nombreux patients sur longue période résultant toutefois de la nature même de pathologies qui, pour la plupart, impliquent un traitement à vie ;

- modification récente de la liste des ALD pour l'hypertension artérielle sévère isolée, proposée par les régimes d'assurance maladie en 2009.

Concernant les dispositions de régulation des dépenses aujourd'hui inappliquées, la possibilité de moduler l'exonération des dépenses de soins des personnes en ALD est de nature à complexifier le dispositif. Par ailleurs, pour ce qui est de réserver la limitation ou la suppression du ticket modérateur aux prestations exécutées dans le cadre d'un dispositif coordonné de soins, cette disposition ne me paraît pas applicable au cadre du parcours de soins coordonné. En effet, si les personnes exonérées au titre d'une ALD relèvent comme tout assuré du cadre du parcours de soins coordonné, leur protocole de soins peut mentionner un accès direct à certains professionnels de santé du fait de leur pathologie.

Enfin, s'agissant des voies de réforme évoquées, l'instauration d'un bouclier sanitaire, dont la Cour souligne d'ailleurs les difficultés, ne recueille pas l'assentiment de la CNAMTS dans la mesure où ce dispositif, s'il peut répondre à des objectifs de redistribution des restes à charge, n'apporte pas de réponse à la dynamique des dépenses. Il n'apparaît pas, de ce fait, comme une solution de rééquilibrage structurel. Sa mise en place conduirait, par ailleurs, à passer d'un système de réassurance fondée sur la sinistralité à une réassurance fondée sur le revenu et conduirait à poser la question du niveau de réallocation qui pourrait être considéré comme acceptable, notamment pour les moins bien portants.

Chapitre XI

Les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire

REPOSE DE LA MUTUALITE FRANÇAISE

(...)

Nous invitons (...) la Cour à être plus nuancée sur le caractère solidaire des contrats collectifs. Les contrats collectifs pratiquent une tarification sur une population circonscrite et homogène, notamment en âge et en nombre d'enfants, qui de plus est souvent traduite en forfait. Par ailleurs, la solidarité des contrats collectifs envers les anciens salariés est très limitée, la grande majorité des retraités étant couverte par un contrat individuel. On s'étonne que la convention de branche du BTP soit qualifiée de très généreuse alors que les retraités des mutuelles de fonctionnaires bénéficient davantage de la solidarité des actifs.

Concernant le montant des aides publiques, nous comprenons difficilement que la Cour ne rappelle pas, comme elle l'avait fait dans le relevé d'observations provisoires, que le montant de 6 milliards d'euros doit être relativisé par le fait que pour un tiers de ce montant, l'aide est financée par les organismes complémentaires eux-mêmes.

Sur les conclusions, nous partageons pleinement avec la Cour l'objectif d'un meilleur accès aux soins et le constat du rôle fondamental des organismes complémentaires d'assurance maladie et au premier chef les mutuelles, dans ce domaine. Nous partageons également certains éléments du bilan que la Cour dresse de la régulation. Il nous apparaît également nécessaire d'améliorer cette régulation, d'autant plus que les caractéristiques des mutuelles, (qui couvrent une population aux revenus plus faibles et où la part des plus de 60 ans est plus élevée que chez les autres organismes complémentaires) traduisent des pratiques de mutualisation qui s'inscrivent résolument dans la satisfaction de l'intérêt collectif.

A ce titre, le contrat solidaire et responsable est l'un des éléments potentiellement structurants du dispositif de régulation. Les incertitudes pesant sur la pérennité de ce dispositif sont clairement une source de préoccupation, à l'heure où il est plus que nécessaire d'approfondir les modalités d'un accès de tous à des soins de qualité et à des tarifs maîtrisés. Un niveau élevé d'exigences doit sur ce point aller de pair avec des incitations significatives pour les citoyens qui sont exposés à un risque réel de différer ou de renoncer à des soins. De ce point, le retour à une exonération complète de taxe sur les conventions d'assurance nous paraît fondamental.

La Mutualité française partage avec la Cour la conclusion qu'il est nécessaire de réfléchir à la meilleure allocation possible des aides publiques. Concernant l'accès des ménages modestes à la couverture complémentaire, il nous paraît important de réfléchir aux évolutions nécessaires concernant l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), dont les limites ont été bien identifiées par la Cour et pour laquelle le transfert de gestion aux caisses primaires n'apporterait pas d'avancées. Pour la Mutualité française, il s'agit non seulement : d'agir sur l'information et la simplification des démarches mais surtout d'ajuster les paramètres des aides consenties afin de limiter les effets de seuils.

REPONSE DE LA FEDERATION FRANÇAISE DES SOCIETES D'ASSURANCE

En préalable à nos remarques sur le contenu du rapport, ce sont d'abord vos conclusions et vos recommandations qui nous font fortement réagir.

Assimiler l'assurance complémentaire santé à un achat de soins anticipé et lui dénier son caractère assurantiel n'est pas conforme à la réalité puisque par nature, la survenance du risque est aléatoire. Depuis de nombreuses années les assureurs complémentaires ont montré leur volonté de ne pas être des payeurs aveugles et agissent de façon constante pour mettre en place des techniques de gestion du risque et ce malgré un environnement défavorable.

Parler d'effet d'aubaine des dispositifs d'aides pour les bénéficiaires des contrats collectifs alors que l'on doit se féliciter que ces aides contribuent à ce que 94% de la population dispose d'un contrat complémentaire est très excessif. La suppression de ces aides pénaliserait, en premier chef, les entreprises les plus petites et/ou les plus fragiles ainsi que leurs salariés dans une période économique très difficile pour les entreprises et l'emploi.

Le développement de l'ACS en lui affectant les aides des contrats complémentaires d'entreprises ne créera aucune économie et se résumera à un transfert.

Sur le contenu du chapitre, l'argumentation de la Cour, sur deux axes essentiels (celui de l'importance des aides publiques au financement de la couverture complémentaire et celui de l'équité entre contrats collectifs et contrats individuels) peut être discutée.

En effet, il est admis, depuis la création en 2000 de la CMUC, que pour accéder à des soins de qualité, une assurance complémentaire est nécessaire. Si les dépenses prises en charge par les assurances complémentaires (24,3 milliards d'euros en 2009) devaient être prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, les prélèvements fiscaux et sociaux qui en découleraient seraient bien plus élevés que les aides publiques évoquées dans le rapport. On peut donc en déduire que le système actuel, pour un accès aux soins globalement efficace, est très performant en matière de « consommation » de ressources publiques.

Quant à l'équité entre souscription individuelle et souscription collective, elle mérite d'être analysée sous d'autres angles.

L'équité ne peut être appréciée isolément. En matière de retraite, pour beaucoup de souscripteurs de contrats individuels issus de la fonction publique, l'assiette de calcul est celle des salaires des 6 derniers mois d'activité alors que pour beaucoup de bénéficiaires de contrats collectifs obligatoires, celle-ci est calculée sur le salaire moyen des 25 dernières années en activité.

En santé, les couvertures des contrats collectifs sont globalement plus élevées que celles des contrats souscrits à titre individuel et il faut maintenir cette possibilité, dans un contexte où les assurés ont de plus en plus de mal à financer leur couverture complémentaire. L'Etat contribue d'ailleurs à rendre ce financement de plus en plus difficile en taxant fortement les contrats (6,27% + 3,5% pour les contrats « responsables »).

La bonne démarche est de préserver l'accès à ce bon niveau de couverture par les contrats collectifs en faisant en sorte que l'augmentation des salariés couverts par ces contrats puisse se poursuivre. C'est d'ailleurs l'intention des pouvoirs publics qui travaillent à la rédaction d'un décret en ce sens.

*REPONSE DU CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE
PREVOYANCE (CTIP)*

Les contrats maladie complémentaire souscrits par des assurés ou des entreprises au profit de leurs salariés prennent en charge une partie des dépenses de frais de soins de santé laissée à leur charge par la sécurité sociale. Ils participent ainsi directement à l'exercice, par les assurés sociaux, de leur droit à la santé. Il ne s'agit donc pas d'un marché de prestations de services « ordinaire ». Il est d'autant plus indispensable aux assurés que la Sécurité sociale ne leur permet pas de disposer d'un accès aux soins suffisant.

Le marché de la complémentaire santé est un marché dont le fonctionnement est difficile. Il ne couvre que 60 % environ des restes à charge des assurés sociaux. Sauf lorsqu'il peut être mis en place par la voie de la négociation collective qui, seule, permet de rendre l'adhésion obligatoire de faire disparaître les effets de l'antisélection, il est fondé sur la rencontre entre une offre et une demande individuelle. Il conduit donc, pour les opérations individuelles, à des frais de gestion et d'acquisition importants et oblige les organismes assureurs complémentaire à prendre une « marge » de risque en raison des effets de l'antisélection sur leur solvabilité.

Les ressources des assurés et des entreprises étant nécessairement limités, il résulte de cette situation que tout accroissement des charges qui pèsent sur les contrats maladie complémentaire est de nature à conduire à une diminution des remboursements maladie complémentaire et, par voie de conséquence, à une augmentation des restes à charge supportés directement par les ménages.

Trop souvent, les appréciations portées sur le statut fiscal et social applicable aux contrats maladie complémentaire ne prennent pas en considération les éléments fondamentaux du fonctionnement de ce marché. Pourtant, pour l'essentiel des remboursements, les contrats maladie complémentaire contribuent bien à l'exercice d'une mission d'intérêt général de même nature que celle qui incombe à la sécurité sociale. Celle-ci, reconnue par la jurisprudence communautaire, est particulièrement nette lorsque la couverture est mise en place par convention ou accord collectif, les régimes comportant alors des mécanismes de solidarité, notamment avec les salariés privés d'emploi. Il n'est donc, en rien, anormal que les pouvoirs publics encouragent le développement des couvertures conventionnelles qui contribuent efficacement à pallier les lacunes des régimes de sécurité sociale.

Les charges qui pèsent sur les contrats maladie complémentaire ont fortement augmenté ces dernières années au travers, notamment, du transfert intégral, vers les assurés de ces contrats, du financement des prestations de solidarité nationale de la CMU-C. Ces charges ne peuvent être ignorées lorsque l'on dresse le bilan des prélèvements obligatoires applicables. L'augmentation des prélèvements obligatoires pesant sur les contrats maladie complémentaire, proposée par la Cour des comptes, conduirait à une

augmentation très importante des restes à la charge directe des ménages. En se fondant sur des taxes particulières applicables à tous les assurés sociaux, ces mesures constitueraient également un facteur supplémentaire d'accroissement des inégalités sociales. (...)

QUATRIÈME PARTIE – LA QUALITE DE GESTION DES CAISSES ET DES REGIMES

Chapitre XIII La productivité dans les organismes de sécurité sociale du régime général

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

(...)

La Cour souligne l'ampleur des gains de productivité réalisés par la branche maladie, en soulignant notamment celle de la réduction des effectifs. Si, la CNAMTS partage cette analyse, certains points méritent toutefois d'être précisés. Ainsi, l'année 2009 a certes été marquée par la nécessité d'une décélération de la réduction des effectifs. Cette situation a résulté de la nette augmentation de charge de travail dans la gestion des bénéficiaires qui a résulté du décret de 2007 réformant les règles de gestion des droits à l'assurance maladie. Elle ne doit toutefois pas masquer l'ampleur des efforts effectués et à venir compte tenu des objectifs fixés par la COG récemment signée.

Ainsi, la CNAMTS ne partage pas l'opinion formulée par le rapport d'objectifs « peu ambitieux » en la matière. Il faut souligner que peu de services publics ont connu une réduction des effectifs d'une ampleur comparable à celle qu'a connue l'assurance maladie, continue sur une telle durée et dans le cadre d'une amélioration de la qualité de service. Ces évolutions ont impliqué et continuent d'impliquer des efforts importants pour dégager des gains de productivité, qui s'appuient tant sur des réorganisations profondes des services de production des caisses que par un investissement marqué sur les outils informatiques, comme le démontrent les réalisations déjà effectuées dans le cadre du nouveau Schéma Directeur des Systèmes d'Information.

L'ampleur des restructurations qu'a connues le réseau de production et de proximité de la branche ne doit pas non plus être sous-estimé. La Cour s'interroge sur le choix qui a été effectué, dans le cadre de l'accord de 2006 relatif à l'évolution des réseaux, de ne pas prévoir de clause de mobilité

forcée. Cette approche conduit à négliger les réorganisations profondes qu'ont connues et que continuent de mettre en place les caisses fusionnées. Ainsi, ces fusions ne se limitent pas à des fusions juridiques mais conduisent à la mise en place de nouvelles organisations appuyées sur une organisation par pôle de production. Ces évolutions ont conduit à d'importantes mobilités fonctionnelles, soutenues par des actions de formation ambitieuses. (...)

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE
(CNAV)*

(...)

La CNAV s'est attachée à organiser la réduction des écarts de productivité entre les caisses pour la période 2009-2013 en fixant aux organismes les moins productifs des objectifs plus importants que les caisses les plus efficaces.

- La négociation COG avec les autorités de tutelle a permis de fixer un objectif de gain de productivité, conforme aux recommandations de l'IGAS de 5% entre 2009 et 2013 (sur le périmètre des charges mesurables à l'époque) correspondant à l'effort nécessaire à la convergence des caisses les moins efficaces à la médiane de l'ensemble des CNAV,

- Dans un second temps, les moyens nécessaires aux caisses régionales pour la période 2009-2013 ont été évalués :

- en estimant l'évolution de la charge de travail pour la période (hors nouveaux dispositifs et réforme),
- en appliquant, à chacun des organismes les moins efficaces, l'évolution de productivité nécessaire à leur convergence à la médiane de l'ensemble des CNAV sur ce critère.

Le potentiel prévisionnel de départ en retraite au sein des organismes a été également pris en compte.

Néanmoins, il convient de souligner que la CNAV a demandé aux organismes les plus efficaces un effort de productivité afin que chaque Caisse contribue à l'effort de la branche en matière de performance. (...)

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES
(CNAF)*

(...)

La Cour s'appuie sur trois catégories d'indicateurs globaux relatifs au coût de gestion par allocataire, de ratio d'allocataires par agent et de taux des pièces traitées par agent. Or ceux-ci ne rendent compte que très partiellement

de la charge de travail pesant sur les agents. Au-delà de l'unité d'œuvre « allocataire », il convient en effet de considérer les données relatives aux flux de contacts (courriers, appels téléphoniques, visites à l'accueil) ainsi que celles relatives à l'activité de traitement des droits dans l'application Cristal (« faits générateurs »), qui sont beaucoup plus directement représentatives de la charge de travail.

Au total, s'il est donc exact que le ratio allocataires pondérés par agent a peu progressé, cette approche ne renseigne que sur une productivité apparente beaucoup trop fruste pour rendre compte de la progression de la productivité réelle par agent. Parler de « contre-performance », dans un contexte de forte croissance des charges -liées non seulement à la généralisation du RSA mentionné par le rapport, mais surtout à la crise économique, qui met sous pression l'ensemble de la Branche et entraîne des difficultés dans un certain nombre d'organismes, me paraît donc excessif et contraire à la réalité.

Il serait plus approprié de dire que si la productivité apparente évolue peu, l'alourdissement du poids en termes de charge de travail de la gestion d'un allocataire pondéré entraîne un gain de productivité dont ne rendent pas compte les indicateurs globaux actuels, ce qui plaide pour l'affinement des indicateurs souhaité par la Cour elle-même au point B.1.b)

Quant aux effectifs alloués à la Branche pour la mise en œuvre du RSA, ils ont effectivement été répartis entre les CAF sur la base du nombre d'allocataires potentiels tels qu'évalués avant l'entrée en vigueur de cette nouvelle prestation, seule clé de répartition disponible ex ante. Il est donc normal que toutes les CAF se soient vu octroyer des postes supplémentaires. De même qu'il est normal qu'une fois les postes attribués et les embauches effectuées dans un organisme donné, il ne soit pas possible de réajuster les moyens -sauf dans la durée en modulant les taux de restitution des postes, ce qui est le cas-, les personnels n'étant pas interchangeable.(...)

Chapitre XIV

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

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

Au sujet des organisations du travail diverses :

Un point nous paraît devoir être mis en évidence s'agissant de la partie du relevé qui traite de la réforme du Revenu de solidarité active : en effet, le rapport indique à plusieurs reprises qu'il existe des organisations différentes selon les territoires, sans qu'il soit fait mention de manière plus nette que la décentralisation explique en grande partie ce constat.

La mise en œuvre de nouvelles missions par les Caf sur l'instruction, l'orientation et l'accompagnement social s'est réalisée dans un contexte traversé par un double mouvement : d'un côté, le rôle du Conseil général a été réaffirmé, en particulier sur l'insertion, de l'autre, les modes de prise en charge se sont étoffés, notamment à travers la refonte de l'orientation des bénéficiaires. De facto, les Caf ont dû engager davantage de moyens dans le dispositif du RSA.

Ces responsabilités accrues ont découlé soit de la loi (mission nouvelle de l'instruction), soit d'un partenariat revisité avec le Conseil général. Sur ce dernier point, essentiel, il faut avoir à l'esprit que la loi sur le RSA, a laissé ouverte (par la voie des délégations) la possibilité pour les acteurs locaux, de s'impliquer, selon des degrés divers, sur différentes compétences. Ainsi, la loi sur le RSA portait en son sein les germes d'une différenciation accrue du niveau de service d'une Caf à l'autre.

Afin d'éviter le risque d'hétérogénéité, la branche famille s'est efforcée de définir des offres de service susceptibles de répondre, d'une part, à la diversité des attentes des Conseils généraux (diversité inhérente au principe de la décentralisation) et, d'autre part, à la nécessaire cohérence qu'un réseau comme la branche famille se doit de préserver, notamment par rapport aux objectifs de performance assignés par la COG.

Par ailleurs, la loi a étendu aux Caf la compétence de l'instruction du RSA, en la rendant de surcroît obligatoire. Au terme de ces deux premières années de mise en œuvre, il s'avère que cette compétence a été prise en charge selon des formules qui peuvent être différentes d'un territoire à l'autre et notamment pour les raisons énoncées plus haut. A l'évidence, ces éléments de contexte ont pesé sur les organisations que les Caf ont mises en place pour faire face à cette réforme. Il nous semble que l'analyse devrait en rendre compte plus explicitement. (...)

Chapitre XV

La réorganisation de la Mutualité sociale agricole

*REPONSE DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE
AGRICOLE (CCMSA)*

(...)

Dans le cadre de la COG, les engagements pris notamment dans le domaine de la performance de gestion visent à conduire à leur terme les réorganisations permises par la restructuration du réseau MSA et à prolonger la dynamique engagée en vue d'optimiser les processus de travail, d'impulser et de mener à bien des mutualisations inter caisses, de faire progresser les organisations par une double démarche d'évaluation et de management par processus. Ils prévoient également l'optimisation de la gestion de l'immobilier

avec la mise en place d'un pilotage en cohérence avec la stratégie immobilière définie en inter régimes. Et plus spécifiquement dans le domaine des ressources humaines est prévue une mutualisation d'actions de formation avec celles organisées par les centres de formation professionnelle du régime général.

Le second cadre de l'action de la MSA est de nature politique, il s'agit de son plan stratégique construit et voté par l'ensemble de l'institution. Prenant appui sur les caractéristiques fondamentales du régime agricole notamment son organisation en guichet unique et sur les engagements pris dans la COG, le plan stratégique met en perspective les ambitions de la MSA au service de ses adhérents. C'est une réflexion prospective qui n'a pas le même temps que la COG car si elle couvre les cinq mêmes années que celle-ci, elle trace aussi les orientations du régime agricole sur un temps plus long en anticipant les évolutions de l'agriculture, du milieu rural et de la protection sociale.

Un des fondamentaux du régime agricole est son organisation historique en guichet unique. Non seulement le guichet unique se traduit par le recouvrement des cotisations et le versement de l'ensemble des prestations par un même organisme mais il permet d'avoir une approche transversale de la situation et donc des besoins des adhérents. Ainsi, s'agissant des adhérents relevant du régime agricole, la MSA, dans son plan stratégique, s'inscrit avec force dans une démarche d'élargissement de son périmètre actuel d'affiliation. Non seulement elle demeurera très attentive au maintien de la population historiquement et juridiquement assujettie au régime agricole mais elle entend utiliser toutes les marges de manœuvre existantes en matière d'affiliation.

Les orientations stratégiques de la MSA intègrent les engagements de la MSA en termes de maîtrise des coûts et d'accroissement de son efficacité. Cette ambition de performance collective est un axe essentiel du plan stratégique et se décline en quelques orientations fortes. En premier lieu il s'agit d'optimiser les organisations des caisses pour tirer pleinement parti du processus de regroupement, cela concerne notamment la centralisation des fonctions supports et la distinction entre les activités liées à la relation avec l'adhérent et les activités de production. Le renforcement des mutualisations d'activités entre organismes du réseau et notamment entre caisses est également une priorité.

C'est une orientation majeure qui ne remet pas en cause le guichet unique et concernera toute activité quel que soit le volume qu'elle génère. Les législations à faible volume, les prestations familiales, sont dans le périmètre potentiel des mutualisations. En conséquence un transfert de la gestion de la branche famille au régime général n'est pas envisageable pour la MSA.

Chapitre XVI

Le suivi de la gestion du parc immobilier du régime général

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

La Cour dresse un constat sévère de la gestion du patrimoine immobilier de la sécurité sociale. Malgré la richesse de l'analyse menée par la Cour, la CNAMTS ne partage pas certaines des appréciations formulées par le rapport.

Ainsi, les constats, formulés de façon globale sur l'ensemble des branches, ne tiennent pas compte de la gestion de son patrimoine mis en place par la branche maladie depuis de nombreuses années. Ainsi et contrairement à ce qu'indique le projet d'insertion, le recensement du patrimoine immobilier a été mis en œuvre depuis près de 15 ans par la branche. L'outil de la branche maladie a d'ailleurs été mis à disposition des autres branches (RHAPSODIE).

De même, les critiques formulées par la Cour quant à la connaissance des surfaces avec l'unité SUN apparaissent infondées. La connaissance du patrimoine avec l'unité de m2 SUN correspond à une inflexion récente, issue des règles que l'Etat s'est récemment fixées pour la gestion de son propre patrimoine immobilier. Pour autant, une connaissance fine est bien disponible en m2 SHON. Le suivi des surfaces en m2 SUN sera effectif d'ici la fin de convention d'objectifs et de gestion. Sa réalisation en interne a été décidée du fait du coût d'une externalisation de cette opération, chiffrée de 3 à 4M€

(...)

La question de la coordination des politiques immobilières appelle une réponse spécifique. La politique immobilière constitue, pour la branche et les organismes qui la composent, un enjeu étroitement lié aux évolutions de la production, aux restructurations en cours et aux relations sociales qui les accompagnent. De ce fait, elle constitue autant un outil de ces évolutions qu'elle se doit de les accompagner, dans le cadre de projet d'entreprises approuvé par les conseils des organismes sociaux.

A cet égard, il convient de rappeler l'indépendance des branches de la sécurité sociale, comme le prévoient d'ailleurs les dispositions du code de la Sécurité sociale. Dans ces conditions, il semble peu cohérent de leur reprocher aujourd'hui un manque d'harmonisation et de coordination de leur pilotage, a fortiori s'agissant d'une politique étroitement liée dans ses implications aux restructurations engagées par chaque branche.

La CNAMTS possède à elle seule la moitié des surfaces et a mis en place des stratégies et moyens pour gérer son patrimoine. La Cour a d'ailleurs

relevé la qualité du développement de la politique immobilière de la branche maladie. Le développement et le renforcement de cette politique ne sauraient donc être valablement freinés pour des motifs d'harmonisation avec des partenaires dont les enjeux évoluent au rythme des évolutions de leur propre réseau. La CNAMTS s'est en revanche naturellement engagée à tout mettre en œuvre pour rendre accessible aux autres branches et régimes qui le souhaitent ses outils et moyens humains sans qu'il soit nécessaire de mettre en péril l'organisation actuelle qui prévaut dans la sphère de l'assurance-maladie

*REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE
(CNAV)*

(...)

La branche vieillesse a engagé depuis une décennie, une politique de développement d'un réseau d'agences retraite qui comportait, en 2010, 315 agences. (...) Le recours à la location a été privilégié pour les agences ; cela permet de mettre en place une politique immobilière plus souple et plus réactive aux évolutions de l'offre de service de la branche.

La création des agences retraite ne s'est pas accompagnée systématiquement de locations de surfaces supplémentaires (certaines agences sont logées dans des immeubles qui étaient, préalablement à la création de l'agence, propriété des organismes). De plus, la création des agences a été chronologiquement corrélée :

- au développement des activités d'accueil du public et à la définition d'engagements de service plus ambitieux. L'accroissement des surfaces dédiées à l'accueil du public a eu pour conséquence la dégradation du ratio entre surface SHON et SUN pour les immeubles concernés,

- à l'accroissement des effectifs dédiés à l'accueil du public et à la liquidation des dossiers,

- à la mise en place d'une stratégie de gestion du parc immobilier des organismes plus active. A titre d'exemple, la CNAV a engagé, pour ses activités d'accueil et de liquidation, une politique d'optimisation de ses moyens qui a conduit sur les trois dernières années à libérer 3 700 mètres carrés SHON.

*REPONSE DE L'UNION DES CAISSES NATIONALES DE SECURITE
SOCIALE (UCANSS)*

Au regard des moyens limités à disposition de l'UCANSS, la capacité d'intervention de la direction de l'expertise immobilière a été régulée corrélativement, notamment, par la mise en place de seuils d'intervention. Ainsi le rôle d'assistant à maîtrise d'ouvrage est exercé partiellement principalement en raison de l'absence de relais au niveau local. (...)

L'UCANSS anime actuellement avec les caisses nationales des travaux qui s'inscrivent dans les recommandations de la Cour en termes de recensement quantitatif et qualitatif du patrimoine. Un marché public interbranches (CNAF-ACOSS) sera notifié fin août 2011. Son objectif est de quantifier les surfaces réelles de leur patrimoine immobilier. Une première échéance de mesure des surfaces, évaluée à 40% du patrimoine, est prévue pour février 2012. Pour les deux autres branches (CNAM et CNAV) l'ensemble de la campagne de mesure a débuté avec l'appui de leurs ressources expertes internes et devra s'achever en 2014.

L'UCANSS s'attache actuellement à identifier avec les branches, la définition des composantes du coût d'exploitation au regard de la disponibilité des données. Cette action permettra de définir un indicateur retraçant le coût de l'immobilier par poste de travail pour fin 2012.

(...)

Chapitre XVII

Les contrôles des caisses dans le cadre du réseau d'alerte

REponse DE LA CAISSE PRIMAIRE CENTRALE D'ASSURANCE MALADIE DES BOUCHES DU RHONE

Sur la recherche d'une organisation optimale des réseaux :

La CPCAM des Bouches-du-Rhône s'est engagée dans un vaste projet de réorganisation, intitulé « CPAM 2011-2013 » (durée de l'actuel CPG), permettant l'adaptation de nos activités et de nos besoins à nos moyens et au contexte environnemental, afin de consolider, mieux encore, nos missions d'assureur solidaire.

Cette nouvelle organisation, par pôles d'activités, avec le redéploiement de certains sites de production, facilitera une professionnalisation des personnels concernés, améliorant ainsi le service rendu aux assurés et sera déclinée dans une démarche triennale, selon un séquençage annuel, tout en prévoyant des évaluations annuelles, permettant une adaptabilité éventuelle.

Ainsi, ce ne sont pas moins de sept Unités de Gestion (centre de production) qui seront redéployées d'ici la fin 2013.

Le projet, versant stratégique, a été soumis au Conseil de la CPCAM le 17 décembre 2010, où il a recueilli un avis favorable à une très large majorité. Il a été ensuite présenté au Comité d'Entreprise et au CHSCT où il a également été adopté, puis a fait l'objet de présentations aux Responsables de l'Organisme et à l'ensemble du personnel.

Actuellement, la déclinaison opérationnelle est en cours de finalisation pour présentation aux Instances et sera déclinée dès l'automne 2011.

(...)

*REPONSE DE L'UNION POUR LE RECOUVREMENT DES COTISATIONS
DE SECURITE SOCIALE ET D'ALLOCATIONS FAMILIALES (URSSAF)
DE BESANÇON*

S'agissant de l'observation relative au régime horaire de l'URSSAF de Besançon.

La décision de mettre en œuvre une possibilité de répartir le temps de travail sur quatre jours a résulté d'un accord pris avec l'organisation syndicale à l'époque majoritaire dans l'organisme.

Ceci a été fait dans le cadre d'un avenant au système d'horaire variable. Ce système ne contrevient pas à la loi, le code du travail ne s'y opposant pas, les entreprises ayant eu latitude d'organiser le régime dit des 35h avec beaucoup d'initiatives.

Cependant la mise en œuvre prochaine de la structure régionalisée des URSSAF conduira la direction à remettre en cause ce système dans le cadre des dispositions d'harmonisation qui seront à prendre, la diversité des choix actuels n'étant pas compatible avec une gestion multi-sites.

Une négociation avec les représentants du personnel lors du processus de régionalisation permettra d'alléger l'éventail des choix et par conséquent un réaménagement de l'ensemble du système horaire sur Besançon.

*REPONSE DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CAF) DE
GRENOBLE*

(...)

L'aide de l'ARC reçue par la CAF de Grenoble à partir de 2009 alors qu'elle avait déjà atteint 18 jours de solde moyen n'a cependant pas eu l'effet durable escompté sur la résorption de son stock retard par comparaison des résultats de la majorité des autres caisses aidées par l'ARC.

L'ensemble des études, enquêtes et audits entrepris en 2010 pour expliquer les écarts entre les caisses du réseau (notamment l'étude CNAF « Charges, Moyens Résultats » mais aussi des analyses au sein de la CAF de Grenoble) permet de mettre en évidence quelques éléments à prendre en considération pour apprécier l'intérêt de l'ARC :

- l'effet global de l'ARC sur le stock mérite d'être pondéré en prenant en compte la charge différée induite : volume et recyclage des rejets, réponses aux demandes de pièces émises par l'ARC, évolution du volume des mises en instances et charges liées au volume des contrôles métier. Cette charge induite semble toutefois peu évitable en l'état actuel.

- la productivité comparée des jeunes techniciens de l'ARC et des nouvelles recrues de l'organisme : En 2009, ces éléments étaient comparables. Il en était de même que les taux d'erreurs. En revanche, après 2009, la progression est différente en volume et en nature de dossiers traités.

Ces éléments mettent en évidence deux constats que les rapporteurs de la Cour des Comptes soulignent :

- des procédures locales qui modulent l'effet a priori structurant des applicatifs informatiques nationaux ;

- un écart qui tend à augmenter :

▪ entre les productivités des caisses selon qu'elles ont ou non reçu l'aide de l'ARC ;

▪ entre la montée en productivité des techniciens de l'ARC et celle des jeunes recrues des caisses aidées du fait de la nature même des dossiers traités (liquidation de dossiers sélectionnés dans la corbeille ARC versus montée en compétence sur tous types de dossiers et recyclage des rejets des techniciens locaux).

Le reporting coordonné par la CNAF entre caisses aidantes et caisses aidées met régulièrement en avant des différences de pratiques et de circuits de traitement entre les caisses. Ces différences et leurs effets sur la productivité des techniciens mériteraient d'être objectivés.

La CAF de Grenoble souscrit à la suggestion de la création d'un ARC national. Vérification qui permettrait, au-delà du diagnostic sur les organisations stricto sensu, d'auditer l'effet des pratiques locales sur les résultats élargis à l'analyse des montants versés de liquidation pour en généraliser les plus efficaces à court, à moyen et à long terme.

En conclusion, on remarque que l'aide de l'ARC reçue en 2011 par la CAF de Grenoble a contribué efficacement au redressement de l'organisme vis-à-vis de l'écoulement de la charge de travail. Alors qu'elle a débuté l'année 2011 avec 11,52 jours de solde moyen (moyenne nationale 6,4), atteignant 15,80 fin janvier 2011 (moyenne nationale 7,9), la Caf de Grenoble connaît à ce jour (13 juin 2011) un solde de 4,7 jours pour un solde moyen national de 4.3 jours.

Restructuration des effectifs, montée en compétence des jeunes techniciens locaux, mise en œuvre des corbeilles personnalisées de dimension plus réduites sont d'autres éléments constitutifs de mesures structurelles qui ont contribué à ce redressement sur fond de ralentissement perceptible de la demande sociale dans un environnement régional très réactif aux grands cycles économiques mondiaux.