

COUR DES COMPTES

Synthèse

Sécurité sociale 2008

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

■ Avertissement

La présente synthèse est destinée à faciliter la lecture du rapport de la Cour des comptes qui, seul, engage la juridiction. Les réponses des administrations et des organismes intéressés sont insérées dans le rapport de la Cour.

L'ordre des chapitres résumés correspond à celui du rapport

Sommaire

Présentation	5
1 Les comptes sociaux en 2007	6
2 L'objectif national de dépenses d'assurance maladie	13
3 Les programmes de qualité et d'efficience.....	19
4 Les contrôles réalisés sous la surveillance de la Cour.....	21
5 Le financement des dépenses de santé.	23
6 Les pharmacies d'officine et leurs titulaires libéraux	27
7 L'accès en ligne aux dossiers médicaux.	31
8 Les restructurations hospitalières.....	33
9 Les systèmes d'information dans les établissements de santé	37
10 Les aides à la garde des jeunes enfants	39
11 Aspects de la gestion des régimes de retraite	43
12 Le suivi des recommandations.....	47

Présentation

La Cour des comptes présente chaque année le résultat de ses contrôles sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS).

Dans ce rapport relatif à 2007, elle donne ainsi pour l'année écoulée son avis sur les tableaux d'équilibre, présente une analyse de l'ensemble des comptes des régimes et une synthèse des contrôles réalisés sous sa surveillance. Elle examine en outre les conditions de réalisation de l'ONDAM. Cette année, en outre, la Cour présente les programmes de qualité et d'efficience (PQE) joints en annexe au projet de LFSS.

S'agissant des analyses relatives à la gestion des risques, la Cour traite cette année de la répartition des financements des dépenses maladie, du réseau des pharmacies, de la politique des restructurations hospitalières. Elle s'est également penchée sur les systèmes d'information de santé, en ville et à l'hôpital.

Le rapport présente pour la branche famille les résultats d'une enquête sur les aides à la garde des jeunes enfants et en ce qui concerne les retraites, sur les outils de pilotage des régimes, l'adossement de certains régimes spéciaux au régime général et le minimum contributif.

Enfin, la Cour tire les enseignements du suivi de ses précédentes recommandations, auquel procède le Gouvernement, et revient sur certaines d'entre elles qu'elle juge insuffisamment suivies d'effet.

Dans l'analyse des comptes de 2007 comme dans celle des diverses politiques sociales examinées, la Cour s'efforce d'identifier les voies d'un rééquilibrage durable.

Pour la cinquième année consécutive, les déficits des régimes de base de sécurité sociale et des fonds de financement ont dépassé dix milliards d'euros. Un large consensus existe pourtant pour considérer qu'il n'est pas acceptable de reporter sur les générations futures le financement d'une partie du coût actuel de la protection sociale. Mais les efforts engagés pour rétablir la situation financière des régimes et d'abord du régime général n'ont pas eu les effets escomptés. Le retour à l'équilibre des comptes publics auquel la France s'est engagée d'ici 2012 suppose des efforts supplémentaires tant du côté des ressources que des dépenses sociales.

A court terme, la Cour insiste sur l'urgence d'adopter des mesures de redressement volontaristes. La priorité doit bien être de revenir rapidement à un équilibre annuel pérenne des comptes des régimes. ■

Cour des comptes

1 Les comptes sociaux en 2007

Les tableaux d'équilibre du dernier exercice clos, ainsi que ceux pour l'année en cours et pour l'année suivante, sont approuvés en loi de financement.

Ils présentent les résultats annuels des régimes de sécurité sociale (branches du régime général d'une part, ensemble des régimes obligatoires de

base d'autre part) et ceux des organismes qui concourent à leur financement "fonds de solidarité vieillesse" (FSV) et "fonds de financement des prestations sociales agricoles" (FFIPSA).

Les tableaux d'équilibre qui suivent seront présentés dans le PLFSS 2009, au titre de 2007 (1ère partie de la loi).

Tableau d'équilibre 2007 du régime général

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	144,4	149	- 4,6
Vieillesse	85,7	90,3	- 4,6
Famille	54,6	54,4	0,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,1	10,6	- 0,5
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	290,0	299,5	- 9,5

Source : Direction de la sécurité sociale

Tableau d'équilibre 2007 de l'ensemble des régimes obligatoires de base

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	167,6	172,6	- 5
Vieillesse	169	172,9	- 3,9
Famille	55,1	54,9	0,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,6	12	- 0,4
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	398,3	407,4	- 9,1

Source : Direction de la sécurité sociale

Tableau d'équilibre 2007 des organismes concourant au financement des régimes de base

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	14,4	14,3	0,1
FFIPSA	14,3	16,5	- 2,2

Source : Direction de la sécurité sociale

Avis sur les tableaux d'équilibre

En vertu de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) du 2 août 2005, la Cour est appelée à rendre un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre du dernier exercice clos avec les comptes des régimes.

Une assurance toujours limitée

Pour l'exercice 2007, la teneur de l'avis de la Cour reste globalement inchangée par rapport à 2006 : ces tableaux d'équilibre ne présentent pas d'anomalies majeures, mais l'assurance apportée à la Cour quant à leur cohérence avec les comptes des régimes demeure limitée. En effet, même si des progrès ont été réalisés pour assurer une meilleure traçabilité des opérations de consolidation, les contrôles effectués par l'administration sur les comptes des régimes demeurent insuffisants, en raison en particulier des retards constatés dans la transmission des comptes de certains régimes et organismes de taille importante.

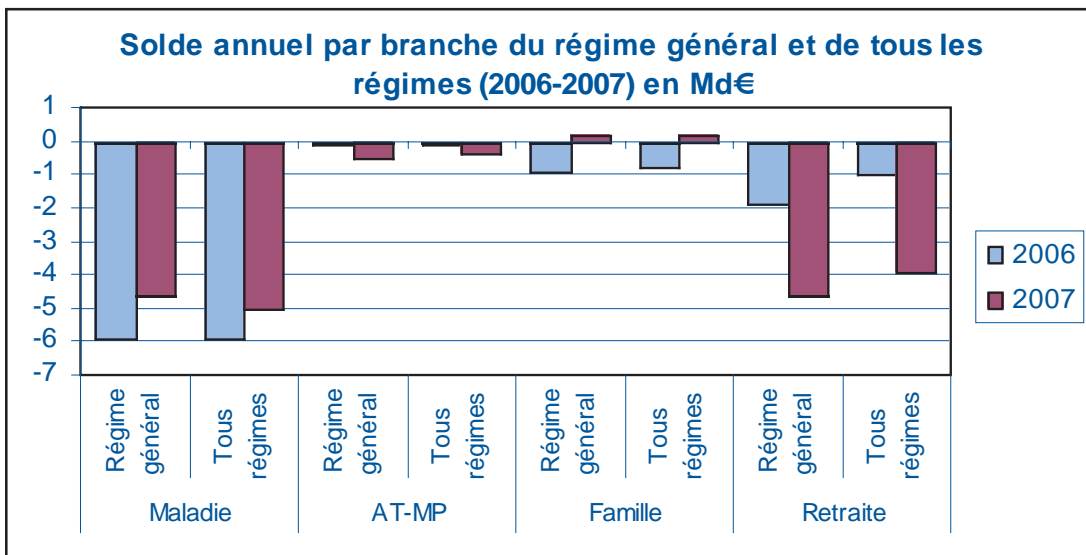
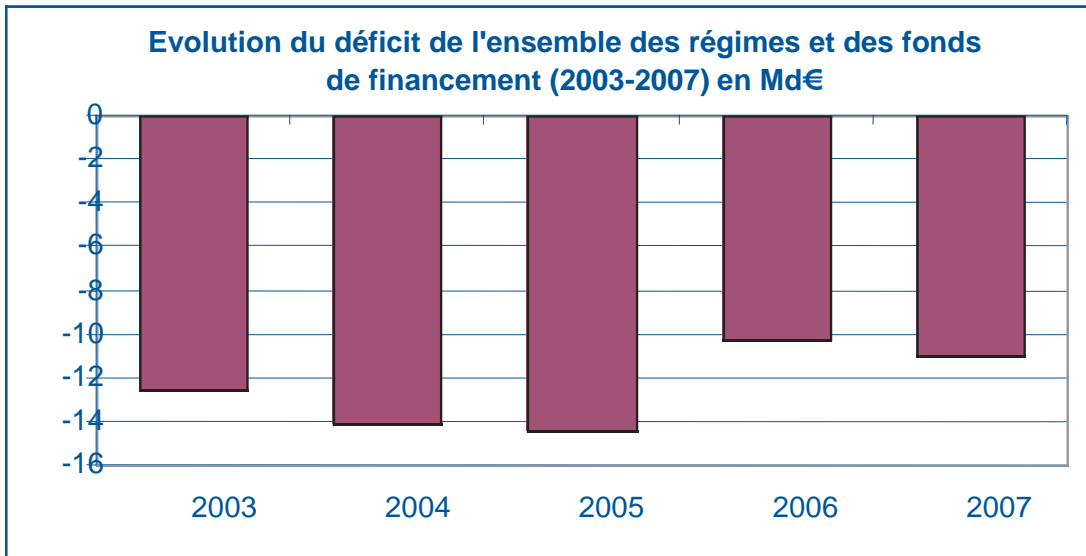
En outre, l'administration persiste à pratiquer des contractions sans

justification comptable qui, si elles n'altèrent pas le résultat, modifient cependant le montant des charges et des produits, à hauteur de près de 18 Md€ pour le régime général et d'environ 21Md€ pour l'ensemble des régimes. Font par exemple l'objet d'une contraction les charges liées à la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales de certaines professions de santé.

L'incidence de la certification par la Cour des comptes du régime général

Dans son rapport de juin 2008, la Cour a refusé de certifier les comptes de l'ACOSS et de l'activité de recouvrement et a en conséquence réévalué de près de 1 Md€ le déficit du régime général pour 2007. Les tableaux d'équilibre soumis à l'avis de la Cour n'en tiennent pas compte. Ils sont bâtis sur les comptes tels que présentés à la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2008. La Cour recommande de recentrer les missions de la commission des comptes de la sécurité sociale sur les prévisions et d'accompagner toute information sur les comptes antérieure à la certification des précautions d'usage.

Les comptes sociaux en 2007



L'évolution des comptes 2007

La dégradation de la situation financière de la sécurité sociale

Même en retenant les chiffres non corrigés, le déficit d'ensemble des régimes de sécurité sociale et des fonds concourant à leur financement, est pour la cinquième année consécutive, supérieur à 10 Md€ (11 Md€ pour l'année 2007).

Par rapport à 2006, les déficits pour 2007 du régime général (-9,5Md€) et de l'ensemble des régimes (-9,1Md€) ont recommencé de se creuser, malgré le dynamisme des produits de cotisations sociales et de CSG (+ 2,1Md€ par rapport aux prévisions).

Des évolutions contrastées selon les branches du régime général...

Le déficit de la branche maladie en 2007 (- 4,6 Md€) s'est réduit de 1,3 Md€ par rapport à 2006, grâce essentiellement à la forte progression des produits, constatée également pour la branche famille, qui enregistre un léger excédent (0,2 Md€).

Le déficit de la branche retraite, se creuse sensiblement en 2007 (-4,6 Md€, contre -1,9Md€ en 2006), sous l'effet de la progression des charges, qui résulte de l'effet combiné de l'arrivée à l'âge de la

retraite des générations du baby-boom et de la croissance des demandes de départ anticipé, dont le coût atteint 2,1Md€ en 2007. La branche accidents du travail-maladies professionnelles connaît également une forte dégradation de son résultat.

...et selon les fonds de financement

Le FSV, qui finance des avantages à caractère non contributif (minimum vieillesse, cotisations retraite pour les chômeurs notamment) enregistre son premier excédent depuis 2000 (0,2 Md€), du fait de la progression de ses produits (notamment de CSG) et de l'amélioration du marché de l'emploi. La Cour estime que ces excédents devraient être prioritairement affectés à la résorption des dettes du FSV à l'égard de la CNAVTS (4,8 Md€), qui en supporte le coût financier.

A l'inverse, la situation financière du FFIPSA, qui assure le financement du régime de sécurité sociale des exploitants agricoles, s'est à nouveau dégradée, avec un déficit de 2,2 Md€ (1,3 Md€ en 2006), portant son endettement à 4,7Md€ à fin 2007. La Cour réitère sa recommandation de supprimer ce fonds et de doter le régime des ressources nécessaires.

La reconstitution rapide des dettes de l'Etat

L'année 2007 a été marquée par l'extinction de 5,1Md€ de dettes de l'Etat vis-à-vis du régime général. Mais elle a également vu se reconstituer une partie de ces dettes, qui atteignaient en fin d'exercice, après versements en période complémentaire, 2,8 Md€ pour le régime général, dont 1,7 Md€ correspond à une insuffisance de crédits budgétaires de l'Etat.

Il s'agit principalement de l'insuffisance de compensation des exonérations ciblées de cotisations (1,5 Md€, au bénéfice des DOM, de l'apprentissage, des contrats aidés...) et du manque de crédits pour financer l'aide médicale d'Etat (0,3 Md€) destinée aux étrangers en situation irrégulière.

La Cour insiste sur la nécessité qu'un règlement des dettes nées en 2007 soit inscrit dans la prochaine loi de finances et que des crédits suffisants soient prévus pour éviter une nouvelle augmentation des dettes de l'Etat envers la sécurité sociale, déjà prévisible pour 2008.

La dette de la sécurité sociale

Un endettement croissant et de plus en plus coûteux

La dette de la sécurité sociale est évaluée par la Cour à près de 100 Md€ à fin 2007. Elle regroupe :

- l'endettement porté par la caisse d'amortissement de la dette sociale

(73Md€) créée en 1996 pour apurer la dette résultant des déficits récurrents du régime général ;

- les ressources non permanentes mobilisées par l'ACOSS pour couvrir les besoins de trésorerie du régime général (20Md€), résultant des déficits de ce dernier, mais également des dettes de l'Etat (4,2 Md€) et du FSV (5,8Md€) à son égard ;

- les découverts du FFIPSA qui financent les déficits du régime des exploitants agricoles par l'emprunt (4,7Md€).

La nette progression de la dette de la sécurité sociale par rapport à 2006 (+8 %), induit un fort alourdissement de la charge d'intérêt qui a atteint 3,9 Md€ en 2007 (+30 % par rapport à 2006). Elle pose la question de ses modalités de financement.

Une restructuration inévitable

La dette de la sécurité sociale a pour particularité d'être financée à court terme dans des proportions importantes (38 %). En particulier, l'utilisation de facilités de trésorerie par le régime général d'une part, par le FFIPSA d'autre part renchérit le coût de son financement.

Le Parlement est appelé à voter en loi de finances des plafonds de ressources non permanentes.

Mais cette procédure a été détournée de son rôle de financement des besoins de trésorerie infra-annuels. Fixé pour le régime général à 36 Md€ par la LFSS pour 2008, ce plafond permet en réalité de financer les déficits cumulés.

L'évolution des ressources du régime général depuis 2001

Une structure de financement en évolution

Les principales évolutions ont concerné la structure de financement du régime général :

- tout d'abord, la progression insuffisante des recettes (+69 Md€ entre 2000 et 2007) pour compenser la croissance des dépenses (+85 Md€) ;

- la part croissante des impôts et taxes, en particulier de la CSG, dans les ressources du régime général (30 %), et le recul concomitant des cotisations sociales (59 % contre 97 % en 1980).

On note ainsi une convergence européenne vers un financement plus équilibré de la protection sociale entre cotisations, contributions publiques et autres ressources (comme le montre le graphique de la page suivante).

- le recul de la part des cotisations salariales et patronales dans le financement du régime général résultant de la montée en puissance de la CSG d'une part, de la baisse des charges patronales d'autre part, avec la multiplication des dispositifs d'exonération.

En 2007, le montant total des exonérations a atteint 28Md€ et devrait s'élever à 32Md€ en 2008, avec l'instauration de nouvelles exonérations sur les heures supplémentaires (loi TEPA), soit 10 % des recettes du régime général.

Des dispositifs d'exonération coûteux et aux effets incertains

A la demande de la commission des finances de l'Assemblée nationale, la Cour a récemment évalué plusieurs de ces dispositifs d'exonération compensés majoritairement par des taxes affectées.

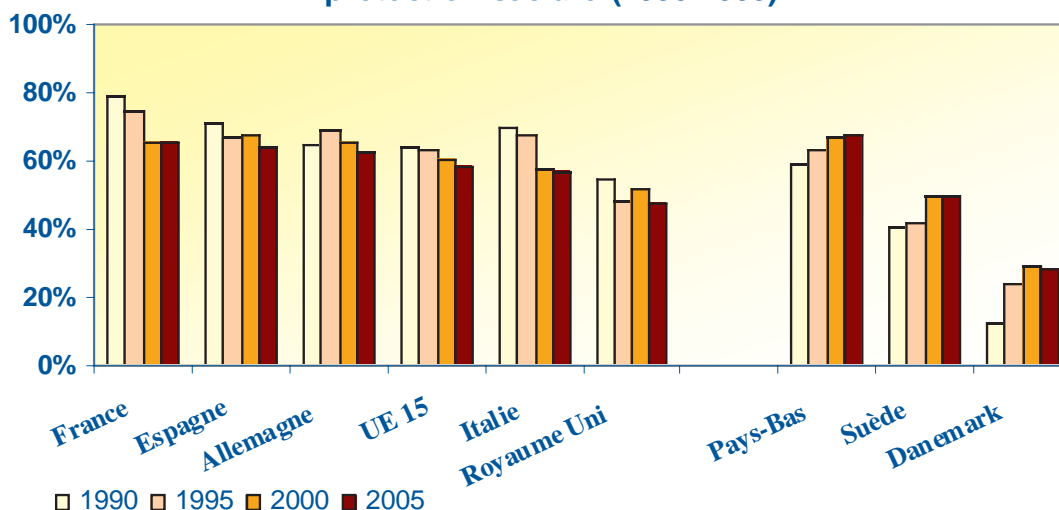
Les exonérations ciblées (6,6 Md€) sont compensées seulement à hauteur de 60 % par l'Etat sur crédits budgétaires. Les dispositifs en faveur des territoires et secteurs d'activité examinés par la Cour apparaissent peu lisibles, mal contrôlés et coûteux au regard de leur impact sur l'emploi.

L'analyse des exonérations générales sur les emplois peu qualifiés (20,6 Md€) a conduit la Cour à recommander de les limiter aux entreprises de moins de 20 salariés (économie de 9 à 10 Md€) ou de réduire leur seuil de sortie à 1,3 SMIC (contre 1,6 actuellement, soit une économie évaluée à 7 Md€). Elle recommande en outre de déconnecter ce seuil de sortie de l'évolution du SMIC, afin de limiter l'incidence de ses revalorisations.

Enfin, les modalités de financement des exonérations générales pourraient être revues, l'affectation depuis 2006 d'un panier d'impôts et taxes très diversifiés ayant nui à la transparence et à la lisibilité de ces compensations.

Les comptes sociaux en 2007

Part des cotisations sociales dans le financement de la protection sociale (1990-2005)



Recommandations

→1. Améliorer le dispositif de contrôle des comptes des organismes intégrés aux tableaux d'équilibre.

→2. Mettre fin à la pratique de présentation des résultats intégrant des retraitements sans justification comptable.

→3. Accompagner toute communication financière sur les résultats des régimes de sécurité sociale, antérieure à l'expression des opinions de la Cour et des commissaires aux comptes, des précautions d'usage.

→4. Recentrer la CCSS sur ses missions de prévision et modifier sa dénomination en conséquence

→5. Financer les dettes des régimes par des ressources à long terme conformes à leur nature.

→6. Réduire les plafonds de ressources non permanentes à un niveau correspondant à la seule couverture de leurs besoins de trésorerie courants.

→7. Asseoir tout nouveau transfert de dette à la CADES sur des ressources pérennes.

→8. Réduire sensiblement la plage actuelle des exonérations générales et déconnecter leur seuil de sortie des évolutions du SMIC, en l'exprimant en euros ou en pourcentage du plafond de sécurité sociale.

→9. Réexaminer la composition du panier fiscal affecté en compensation des exonérations.

→10. Réexaminer les dispositifs d'exonérations ciblées à la lumière de l'évaluation de leur efficacité et de leur efficacité.

2 L'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Vue d'ensemble

Voté par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est un montant prévisionnel de dépenses soumises à régulation.

En 2007, l'ONDAM a été fixé à 144,8 Md€, (+2,6 % par rapport à une base de 141,1 Md€).

Il a connu un fort dépassement de 3 Md€, concentré sur les soins de ville. Pour la première fois, la procédure d'alerte prévue par la loi relative à l'assurance maladie de 2004 a été mise en œuvre, conduisant à l'adoption tardive de nouvelles mesures d'économie qui n'ont pas permis de réduire sensiblement l'ampleur du dépassement.

Les soins de ville

Le sous-objectif des soins de ville n'a pas été tenu (+4,6 % réalisé au lieu de 1,1 %). Ce dépassement s'explique par trois phénomènes :

- une sous estimation de la base des dépenses de 2006, pour 800 M€ ;
- la non réalisation des économies prévues notamment sur les médicaments (au lieu d'une diminution prévue de 2,5 %, une augmentation de 5 % a été constatée) ;

- l'accélération des dépenses de soins de ville dans leur ensemble, minimisée dans l'ONDAM de 2007.

L'ONDAM hospitalier

Les dépenses de l'ONDAM hospitalier ont été inférieures de 170 M€ au montant voté par le Parlement (65,7 Md€), qui n'était guère volontariste par rapport à la tendance. Ce résultat, bon en apparence, ne reflète cependant pas l'aggravation des déficits constatés dans les établissements notamment depuis l'introduction de la tarification à l'activité.

L'ONDAM médico-social

Il regroupe les financements de l'assurance maladie couvrant les dépenses de soins au profit des personnes handicapées et âgées en établissement ou à domicile (11,7 Md€). Ces dépenses connaissent sur la période 2000-2007 une forte progression (+ 65 %).

Il ne retrace plus depuis 2006 le montant des prestations à réguler, mais la part mise à la charge de l'assurance maladie, la caisse nationale de solidarité (CNSA) apportant les ressources complémentaires. L'ONDAM médico-social est dès lors nécessairement respecté, puisqu'il constitue une contribution fixe prédéterminée.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Cette évolution rend plus complexe le suivi des dépenses médico-sociales. Elle contribue en outre à engendrer des réserves au sein de la CNSA au détriment du régime général.

Les dépenses de soins infirmiers

En 2007, les dépenses de soins infirmiers libéraux, incluses dans le sous-objectif des soins de ville de l'ONDAM, sont de 4,1Md€. Leur croissance (+8,3 % par rapport à 2006) est déconnectée de celle des soins de ville (+ 4,6 %) et s'accélère encore en 2008 malgré l'instauration d'une participation forfaitaire de 50 centimes par acte paramédical dès le 1er janvier 2008.

Les caractéristiques de cette croissance

La croissance de ces dépenses est due principalement à une augmentation du volume d'actes réalisés : ce phénomène n'est pas nouveau. Toutefois, depuis 2004, il s'est accentué sous l'effet de l'accroissement du nombre d'infirmiers libéraux, dont le rythme annuel de progression a plus que doublé (+ 4,4 % en 2007, contre + 2 % sur longue période).

Cette croissance tient aussi, en 2007, aux mesures tarifaires accordées par la nouvelle convention nationale de juillet 2007 : 65M€ sur un total de revalorisations d'honoraires et d'indem-

nités estimé à 350M€ au bout de trois ans.

Au final, le pouvoir d'achat des infirmiers libéraux (honoraires en euros constants, nets de charges), qui avait diminué de 5 % entre 1995 et 2001, a augmenté de 35 % depuis 2002.

Les problèmes structurels de la profession qu'avait déjà analysés la Cour en 2006 se sont aggravés.

La croissance du nombre de nouveaux diplômés et le raccourcissement à 2 ans de la durée d'expérience exigible entre la sortie de l'école et l'installation en ville, n'ont pas permis d'atténuer l'inégale répartition des infirmiers libéraux sur le territoire (densité qui varie de 1 à 7,5 entre départements, hors Corse).

Par ailleurs, les soins de nursing (essentiellement toilettes) délivrés par des infirmiers libéraux ont connu une croissance forte depuis 2005, contraire à l'objectif de réduction poursuivi depuis 1992 (+ 4,1 % en moyenne par an) alors qu'ils pourraient être assurés à moindre coût par des aides soignantes.

Les remèdes incertains de la convention de 2007

La convention nationale et le protocole sur la régulation démographique signés le 22 juin 2007 ont pour ambition d'apporter de nouvelles réponses à ces problèmes structurels anciens. Ils visent à :

- renforcer le rôle propre des infirmiers libéraux en opérant un

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie

transfert de tâches des médecins aux infirmiers (notamment du droit de prescription) ;

- étendre aux infirmiers libéraux la démarche de maîtrise médicalisée jusqu'alors appliquée aux médecins ;

- enfin mieux répartir l'offre de soins infirmiers sur le territoire national en mettant fin au conventionnement automatique des nouveaux installés dans les zones jugées surdenses.

La LFSS pour 2008 a donné une base juridique à ce dispositif, tandis que la convention de 2007 conditionne la deuxième tranche de revalorisation à sa mise en œuvre effective. L'accord intervenu le 4 septembre 2008 en précise désormais les conditions de mise en œuvre.

Mais cette régulation de la démographie des infirmiers libéraux doit désormais reposer sur l'évaluation des besoins prévisionnels en soins infirmiers, pour l'ensemble de l'offre (infirmiers libéraux, mais aussi services de soins infirmiers à domicile -SSIAD-, centres de soins infirmiers, EHPAD et hospitalisation à domicile). Cette réforme doit notamment remédier à l'éclatement de la régulation entre l'Etat (chargé des SSIAD) et l'assurance maladie (infirmiers libéraux).

Les négociations conventionnelles

Une articulation imparfaite de l'ONDAM et des négociations conventionnelles

Depuis 1997, l'objectif a systématiquement été dépassé à l'exception de deux exercices. Il a rapidement perdu toute opposabilité à l'égard des professionnels de santé. La loi relative à l'assurance maladie de 2004 a dès lors entendu réformer son articulation avec les négociations conventionnelles régissant les rapports entre caisses d'assurance maladie et les professions de santé exerçant en ville, conduites sous l'égide de l'UNCAM, dans la perspective double d'une meilleure maîtrise annuelle des dépenses et d'un cadrage financier à moyen terme.

Les négociations conventionnelles influent sur les conditions de réalisation de l'ONDAM

Les négociations conventionnelles impactent les conditions de réalisation de l'ONDAM. Alors que leur coût, essentiellement lié aux revalorisations tarifaires accordées, est insuffisamment provisionné dans l'ONDAM, les objectifs d'économies que les conventions assignent aux médecins exerçant en ville sont surestimés et leur réalisation n'est pas contrôlée. Mal prises en compte dans la construction

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie

de l'ONDAM, les négociations conventionnelles en affectent la sincérité.

Des négociations insuffisamment encadrées

En 2006 et 2007, le sous-objectif "soins de ville" a été fixé à un niveau anormalement bas, compte tenu des mesures d'économies annoncées et du dynamisme des dépenses. Délibérément sous-évalué, l'ONDAM ne peut dans ces conditions jouer son rôle d'outil d'encadrement des négociations conventionnelles.

Une stratégie de négociations aux effets incertains sur la maîtrise des dépenses

La politique conventionnelle poursuivie depuis 2005 a eu un impact modéré sur la maîtrise des dépenses. Les objectifs de maîtrise ont progressivement diminué, comme les mesures d'économie réalisées. En outre, la portée de l'effort de maîtrise des dépenses doit être nuancée, en regard des revalorisations accordées sur la même période à l'ensemble des professions de santé intervenant en ville, soit un montant brut cumulé de 2,2 Md€ (l'équivalent pour les seuls médecins de 12 % des honoraires perçus en 2006).

Une intervention croissante du Parlement et du Gouvernement dans le champ conventionnel

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (LAM) avait posé le principe d'un désengagement de l'Etat en matière de régulation des dépenses

parallèlement à celui d'une responsabilisation des partenaires conventionnels.

Or, les interventions récurrentes du Gouvernement au cours de l'année 2007, dans des matières définies par les textes comme relevant du périmètre conventionnel, ou les nombreuses dispositions de la LFSS pour 2008 tendant à orienter la politique conventionnelle illustrent les difficultés à respecter l'équilibre issu de la LAM.

L'ONDAM pluriannuel est un outil encore insatisfaisant

Par le jeu de l'entrée en vigueur différée de mesures de revalorisation tarifaire ou à travers l'étalement des négociations sur plusieurs exercices, les négociations conventionnelles s'inscrivent dans une dynamique de moyen terme. L'institution d'un ONDAM pluriannuel par la loi organique du 2 août 2005 (LOLFSS) présente l'intérêt de définir les grandes lignes d'un cadrage à moyen terme des marges de manœuvre financières disponibles.

Cependant, les prévisions pluri-annuelles, jusqu'ici déconnectées des évolutions tendanciennes des dépenses d'assurance maladie, sont peu réalistes. En outre, les mesures d'économie envisagées sont trop peu documentées pour qu'il soit possible d'en apprécier les effets avec fiabilité. De ce fait, le cadrage pluriannuel n'est pas un instrument à même de jouer un rôle adapté en matière de programmation à moyen terme des efforts de maîtrise.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Recommandations

→ 11. Mieux expliciter dans l'annexe 8 au PLFSS le montant prévisionnel et les réalisations de l'OGD, ainsi que la répartition du financement entre l'assurance maladie et la CNSA.

→ 12. Etablir par région une estimation prospective des besoins de la population en soins infirmiers techniques d'une part, en soins de nursing d'autre part.

→ 13. Redéfinir la contribution optimale des différents intervenants aux soins de nursing (infirmiers, aides-soignants et auxiliaires de vie) et en tirer les conséquences en termes d'évolution des modes d'exercice (libéral et salarié) et d'organisation (en cabinet, en groupe ou en structure).

→ 14. Améliorer la sincérité de l'ONDAM et du cadrage pluriannuel annexé à la LFSS, en documentant l'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie et les économies sous-jacentes.

→ 15. Instaurer (dans le rapport annuel de l'UNCAM transmis en juin au Parlement et au Gouvernement) une obligation d'information sur les résultats de la maîtrise médicalisée et sur le coût des revalorisations tarifaires.

→ 16. Tenir compte des résultats de la maîtrise médicalisée pour l'octroi de revalorisations tarifaires.

Cour des comptes

3 Les programmes de qualité et d'efficacité

Prévus par la loi organique du 2 août 2005 parmi les annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale, les programmes de qualité et d'efficacité (PQE) ont été présentés pour la première fois dans le PLFSS pour 2008 après une introduction sous une forme exploratoire dans le PLFSS 2007.

Une démarche nécessairement progressive

Les PQE visent à rassembler une information synthétique sur les politiques sociales et surtout contribuer à mesurer leur performance.

Les données présentées dans les six PQE (un pour chacune des branches, un pour le recouvrement et un pour les interventions financées par la CNSA) correspondent à un travail important de sélection de données souvent déjà disponibles.

Cependant, le travail est encore inégalement abouti selon les branches. Les données retenues ne sont pas

toujours pertinentes du point de vue des comparaisons internationales.

Trop peu d'objectifs disposent de cibles chiffrées. Enfin l'identification des responsables administratifs chargés de porter ces objectifs ne suffit pas à définir les acteurs du changement.

Des finalités à clarifier

La qualité pédagogique du PQE pourrait être améliorée par une distinction plus claire entre données de cadrage et indicateurs associés aux objectifs.

La conduite d'une démarche de performance requiert que soient définies de manière plus précise et formalisée les stratégies, qu'elles soient déclinées en sous-objectifs plus opérationnels, que le choix des indicateurs fasse l'objet d'une évaluation externe, enfin que l'accent mis -à juste titre- sur les indicateurs d'efficacité s'accompagne d'un travail complémentaire sur les indicateurs d'efficacité.

Recommandations

→ 17. Décliner les orientations générales des PQE en objectifs précis et opérationnels, pouvant faire l'objet d'un suivi.

→ 18. Décrire pour chaque objectif la contribution de chacun des acteurs concernés aux décisions et à la mise en œuvre.

→ 19. Compléter les indicateurs d'efficacité par des indicateurs d'efficacité qui ne soient pas redondants avec ceux des COG.

→ 20. Prévoir une mission d'appui méthodologique pour améliorer les objectifs et indicateurs des PQE.

4 Les contrôles réalisés sous la surveillance de la Cour

Les derniers contrôles avant la suppression des COREC

Depuis le 1er janvier 2008, les audits périodiques des comptes et de la gestion des organismes de sécurité sociale qui étaient assurés par les comités régionaux d'examen des comptes (COREC) ont été remplacés par des contrôles ciblés d'organismes en signalement, dans le cadre du "réseau d'alerte".

En 2007, les derniers contrôles traditionnels ont donc visé essentiellement à s'assurer de la mise en œuvre par les caisses des recommandations antérieures.

Les contrôles sélectifs du réseau d'alerte

Le contrôle de 36 caisses locales des régimes général et agricole a mis en évidence les difficultés particulières des caisses de petite taille comme la faible productivité, à l'opposé, de certaines très grandes structures, en particulier en région parisienne.

Les premières se caractérisent par leurs difficultés à faire face à la complexité croissante de la législation et à se doter des compétences spécialisées requises. Les opérations de mutualisation intra ou inter régionales constituent un premier niveau de réponse. Les regroupements de sites ou d'organismes sont un deuxième niveau

plus efficace. Le régime agricole, et dans une moindre mesure le régime général, s'engagent désormais dans cette voie.

Dans le cas des grandes structures, la multiplicité des centres de traitement et des échelons hiérarchiques, la dispersion des équipes peuvent induire des lourdeurs et des délais peu compatibles avec la qualité de service attendue.

Ces caisses engagent les unes après les autres des opérations de concentration et de spécialisation de leurs sites de production. Le même effort de rationalisation devra être porté sur leurs fonctions administratives et logistiques.

Les créances prescrites du régime général

Dans la perspective d'une prochaine opération d'apurement, les COREC ont également dressé un état des lieux des créances prescrites inscrites dans les bilans des caisses.

La prévention de la prescription des créances est dorénavant mieux prise en compte par les caisses nationales.

L'utilisation par les caisses locales des procédures d'admission en non valeur, d'annulation, d'abandon de créances ou de remise gracieuse, a été jugée généralement conforme à la réglementation. Les créances prescrites ont paru dans leur grande majorité évaluées et gérées correctement.

Les contrôles réalisés sous la surveillance de la Cour

En revanche, le suivi individualisé des créances demeure complexe dans la plupart des branches et, dans quelques caisses, les montants susceptibles d'être apurés n'étaient pas fiabilisés lors des contrôles.

Le contrôle interne dans le régime agricole

Une démarche structurée de contrôle interne a été initiée en 2003 dans le régime agricole et toutes les phases n'en sont pas encore achevées.

Les constats critiques portés dans les 22 CMSA contrôlées ne tiennent pas à la qualité de la démarche élaborée par la caisse centrale ou à celle des outils qu'elle a développés, mais à la trop grande latitude laissée aux caisses locales dans les modalités de déploiement du contrôle interne.

Les contrôles effectués sur l'Etat employeur

En 2007, la Cour a contrôlé le paiement des contributions sociales par

le ministère de l'agriculture et de la pêche (MAP) et les URSSAF les règlements effectués par les services déconcentrés.

Le contexte est marqué par la centralisation croissante de la gestion des personnels du MAP qui sécurise le traitement des rémunérations et donc les paiements des contributions sociales de l'Etat employeur.

La Cour a relevé cependant que le ministère n'intégrait aucun avantage en nature dans le calcul de ses cotisations, en particulier pour les logements de fonction sans nécessité absolue de service.

Les URSSAF ont contrôlé de leur côté 80 services déconcentrés. Dans l'ensemble une bonne application de la législation de sécurité sociale y a été notée et les redressements notifiés sont restés modestes.

En revanche, la simplification des procédures de gestion des personnels de l'Etat entreprise par l'administration, qui implique le recours à des montants forfaitaires, a paru contradictoire avec la réglementation relative à la production de pièces justificatives qui s'impose lors d'un contrôle de l'URSSAF.

Recommandations

→21. Identifier et intégrer dans l'assiette des cotisations sociales les avantages en nature octroyés au titre des logements de fonction, y compris lorsque le parc de logements appartient aux collectivités territoriales (cas de l'enseignement technique agricole).

→22. Concilier la volonté de simplification administrative et les exigences posées par le contrôle des obligations contributives de l'Etat employeur.

5 Le financement des dépenses de santé

Des informations statistiques insuffisantes

Les informations disponibles sur la répartition du financement des dépenses de santé sont limitées et parfois incertaines. L'approche la plus courante repose sur des données macro-économiques, mais elle laisse en particulier de côté le caractère plus ou moins équitable de la couverture maladie.

Une participation stable de l'assurance maladie obligatoire depuis 10 ans

Depuis 1996, la dynamique de la consommation de soins et de biens médicaux (ou CSBM, 156,6 Md€ en 2006) a été supérieure à la croissance du PIB. Cependant, la part financée par l'assurance maladie obligatoire est restée stable (autour de 77 %) : il n'y a donc pas eu désocialisation de la dépense de santé.

Ce taux moyen de prise en charge varie néanmoins fortement selon les prestations : de 94 % pour les établissements de santé publics à 35 % pour les honoraires de dentistes en 2006.

Des changements importants de consommation et de prise en charge se sont produits en 10 ans : les dépenses hospitalières, les mieux remboursées par l'assurance maladie obligatoire, ont vu leur part diminuer de plus de 4,2 points, au bénéfice des biens médicaux (médicaments et dispositifs médicaux : + 3,5 points).

Une extension de la couverture complémentaire

21,9 Md€, soit 14 % de la CSBM, sont remboursés par la couverture complémentaire en 2006, dont 1,6Md€ au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC).

L'extension de la couverture complémentaire, de 1,4 point au cours de la période, s'explique par l'augmentation de la population couverte (84 % en 1996, 93 % en 2006) et non par l'amélioration du niveau de couverture par bénéficiaire. Elle a pour corollaire la diminution de la part financée directement par les ménages, passée de 9,3 % à 8,6 % de la CSBM (13,4Md€ en 2006).

La répartition exacte du reste à charge (35,3Md€) entre ménages et complémentaires est toutefois incertaine, les prestations versées par les mutuelles (estimées à 11,6 Md€) étant probablement minorées d'un milliard

Le financement des dépenses de santé

d'euros environ et la dépense des ménages majorée d'autant.

La même incertitude pèse sur la nature des dépenses qui composent le reste à charge : on estime cependant que le ticket modérateur et les participations forfaitaires n'en représentent que la moitié, les dépassements facturés au-delà des tarifs opposables atteignant environ 30 % (sur les honoraires des médecins et des dentistes ainsi que sur produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables dont l'optique).

Le soutien au développement des assurances complémentaires représente un manque à gagner important pour l'Etat, de l'ordre de 7,0Md€, dont 5,3Md€ hors CMUC et aide à la complémentaire santé, octroyés sous forme de baisses d'impôts et d'exonérations de cotisations obligatoires.

L'effort demandé aux ménages pour financer cette couverture complémentaire intègre les coûts de gestion importants que génèrent les trois familles de complémentaires (mutuelles, assurances et institutions de prévoyance), qui représentent en moyenne selon les sources entre 24 % et 29 % des prestations remboursées. Par ailleurs, en raison d'un mode de prélèvement généralement déconnecté du revenu, les assurances complémentaires ne présentent pas le caractère redistributif de la couverture obligatoire : ainsi, selon l'IRDES, les primes payées aux assurances complémentaires représentent 10 % du revenu des ménages les plus pauvres et moins de 3 % pour les ménages les plus riches, le

taux d'effort trois fois plus élevé des premiers offrant pourtant des garanties inférieures à celles dont bénéficient les seconds.

Les effets de la responsabilisation des ménages depuis 2004

En introduisant les contrats responsables qui incitent fiscalement les assurances complémentaires à ne pas rembourser certains co-paiements, le législateur a souhaité augmenter la charge directe des ménages, afin d'infléchir la croissance des dépenses de santé.

Les diverses mesures de transferts de charge décidées depuis lors ont été estimées ex ante à 3,3 Md€ dont 3,1Md€ à la charge des ménages.

Ces mesures, qui ne semblent pas modifier durablement le rythme de croissance des dépenses de santé, ne se traduisent pas non plus sur le court terme par des économies équivalentes pour l'assurance maladie obligatoire : elles servent en grande partie à financer l'alourdissement des dépenses que génèrent par ailleurs l'introduction de médicaments innovants plus chers et l'augmentation des malades atteints de pathologies chroniques et coûteuses. A ce titre, ces mesures apparaissent davantage comme un mécanisme de redistribution entre assurés.

Recommandations

→ 23. Améliorer le système d'informations relatif aux assurances complémentaires, en particulier :

- les données générales et exhaustives issues des documents comptables et statistiques qu'elles doivent adresser à l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) ;

- le suivi des aides apportées à la couverture complémentaire (subventions, aides sociales et fiscales) ;

- l'outil de simulation micro-économique permettant d'évaluer au plus près les effets de la couverture complémentaire sur les ménages ventilés selon leurs caractéristiques socio-économiques.

6 Les pharmacies d'officine et leurs titulaires libéraux

Des pharmacies en surnombre

Avec plus de 23 000 officines (métropole et DOM), la France connaît une densité parmi les plus fortes de l'Union européenne. Au regard des nouveaux critères de population pour l'ouverture d'une pharmacie définis par la LFSS pour 2008 (une officine pour 3 500 habitants), l'excédent se monte à près du quart des officines (soit plus de 5 000 officines). Le surnombre, constaté pour l'ensemble des régions, est particulièrement marqué dans certaines grandes villes (notamment Paris, Bordeaux et Marseille).

Cette situation est un héritage historique de la loi du 11 septembre 1941 qui, tout en réglementant l'implantation des officines en fonction du nombre d'habitants dans une commune, instituait une voie dérogatoire d'autorisation préfectorale, devenue le mode commun de création des officines.

La politique de réduction des surnombres introduite par la loi du 27 juillet 1999 et par la LFSS pour 2008, en supprimant la voie dérogatoire, en relevant les seuils de population et en facilitant les transferts et regroupements de pharmacies, n'a pas encore porté ses fruits.

Des officines très bien rémunérées

Des évolutions favorables à la rémunération des officines

La période récente a été favorable aux officines, dont le chiffre d'affaires est constitué à 80 % de produits remboursables : fort dynamisme de la consommation de médicaments (+5,9 % en moyenne annuelle entre 1995 et 2006), hausse du taux de prise en charge par l'assurance maladie (+5,7 % sur la période), développement des marchés plus rémunérateurs du générique, mais également des produits non-remboursables et de la parapharmacie.

L'accroissement du marché des médicaments remboursables en ville, sous l'effet notamment de la sortie progressive de la réserve hospitalière et de la progression du marché des génériques aurait dû conduire à un resserrement des marges réglementées, qui n'a été que très partiel.

Des réformes en trompe l'œil

Le passage en 1990 d'une marge proportionnelle à un système de marge dégressive en fonction du prix du médicament n'a pas permis de réduire durablement le taux moyen de marge. L'introduction d'une rémunération forfaitaire par boîte (de 0,53 €) en 1999 a même contribué à augmenter ce taux

Les pharmacies d'officine et leurs titulaires libéraux

pour les médicaments dont le prix est supérieur à 10 €.

Si la LFSS pour 2008 a entendu encadrer plus strictement les remises et marges arrières accordées par les fabricants aux pharmaciens, elle a conduit à un élargissement des indications pouvant bénéficier de ces dispositifs et a autorisé l'attribution de la marge du grossiste aux pharmaciens en cas de vente directe du fabricant, pratique jusque là illégale mais largement répandue.

Parallèlement, le Gouvernement a encouragé, dans un objectif de maîtrise de dépenses, le développement du générique, en incitant financièrement les pharmaciens à les substituer aux médicaments princeps. Le cumul d'avantages pour les génériques (notamment l'alignement de la marge des génériques sur le princeps et l'attribution de la marge du grossiste pour 70 % des génériques) conduit selon les calculs de la Cour à un taux de marge de près de 100 % sur le prix fabricant hors taxe pour un générique à 5€ (représentatif de 80 % des génériques dont le prix est compris entre 0 et 5 €). La question du maintien d'un dispositif aussi favorable aux pharmaciens est posée pour les anciennes molécules, le taux de substitution par les pharmaciens ayant atteint 80 %.

Les officines d'outre-mer : une rémunération excessive et longtemps illégale

Des coefficients de majoration de la marge des grossistes-répartiteurs et du prix public des médicaments au profit des pharmaciens ont été instaurés depuis 1990 pour les DOM, afin de tenir compte de leurs contraintes spécifiques. Mais jusqu'à la loi de finances pour 2005, ce dispositif a fonctionné sans base légale, les préfets ayant fixé les prix

des médicaments sans en avoir la compétence.

Cette situation a permis de laisser perdurer d'importantes rentes de situation, les marges des pharmaciens dans les DOM fin 2007 étant en moyenne supérieures à celles de la métropole de près de moitié à la Réunion et de plus des deux tiers aux Antilles. L'écart au profit des grossistes-répartiteurs des DOM est encore plus marqué. La réforme de ce dispositif en février 2008 n'a que faiblement réduit.

Le maintien de la rentabilité officinale

Au final et en dépit des mesures d'économie prises dans le cadre du plan médicament depuis 2005, comme des réformes des marges, remises et ristournes, le résultat des officines a augmenté de manière régulière entre 2003 et 2006, sans doute grâce aux conditions d'activité favorable (hausse du taux de marge comprise entre 2 et 7,4 % selon le chiffre d'affaires).

Des revenus substantiels mais de plus en plus dispersés

La diversité des statuts juridiques des officines ne permet pas de connaître leurs revenus globaux : si près des trois quarts relèvent de l'impôt sur le revenu (bénéfices industriels et commerciaux), plus du quart des officines sont des sociétés de capitaux assujetties à l'impôt sur les sociétés. Pour ces dernières, la direction générale des impôts n'est pas en mesure d'identifier au sein des revenus mobiliers la part qui revient aux pharmaciens.

Les pharmacies d'officine et leurs titulaires libéraux

Or, on observe un très fort développement des officines sous forme de sociétés d'exercice libéral (SEL), dont le nombre (3 637 en 2007) a été multiplié par 7 depuis 2000. Si ce développement peut s'expliquer partiellement par les facilités que les SEL offrent pour l'association au sein d'une officine, il résulte aussi d'une stratégie d'optimisation fiscale et sociale. La distribution de dividendes en lieu et place d'une rémunération de gérance conduit en effet à échapper largement aux cotisations sociales. La connaissance de ces phénomènes d'évasion sociale apparaît encore lacunaire et l'assujettissement de ces dividendes aux cotisations sociales est incertain, du fait des désaccords entre la jurisprudence du Conseil d'Etat et celle de la Cour de cassation sur ce point.

Ces évolutions expliquent sans doute pour partie que, malgré l'augmentation du résultat des officines entre 2003 et 2006, les revenus réels pris pour base de calcul des cotisations sociales ont régressé (hors inflation).

Malgré ces limitations, le revenu net moyen des pharmaciens atteint presque 100 000€ en 2006. Ces chiffres élevés masquent cependant une dispersion croissante, puisque le revenu du quart des pharmaciens d'officine a tendance à diminuer (moins de 48 000€ par an), tandis que le quart des revenus supérieurs atteint 125 000€ par an.

Le maintien des revenus pour les titulaires des plus petites officines ne peut justifier, cependant, l'immobilisme constaté dans la détermination des marges. C'est au contraire par leur baisse que sera engagée la nécessaire restructuration du réseau.

Recommandations

→24. Ajuster les marges en métropole pour accélérer les regroupements d'officines.

→25. Réviser à la baisse les modalités d'incitation en faveur des génériques, à l'exception des spécialités pharmaceutiques nouvellement génériques.

→26. Ajuster les marges dans les DOM afin de les rendre strictement

proportionnelles à la majoration du prix public local.

→27. Evaluer l'impact de la création des SEL sur les revenus des pharmaciens déclarés à la CAVP.

→28. Inscrire dans la loi le principe d'assujettissement aux cotisations sociales des revenus mobiliers perçus dans le cadre d'une SEL.

7 L'accès en ligne aux dossiers médicaux

Soulignant la diversité des projets de systèmes d'information de santé partagés, la Cour a mis en évidence l'ampleur des choix qui restent à faire et des problèmes de pilotage à résoudre.

La diversité des téléservices

Près de 85 % des feuilles de soins papier sont désormais télétransmis grâce à l'utilisation de la carte de professionnel de santé (CPS) associée à celle de la carte Vitale. Ce système est le socle de nouveaux développements, et notamment d'une sécurisation accrue des accès.

Le calendrier de lancement du **dossier médical personnel** (DMP) s'est avéré irréaliste. Il n'a été tenu que pour des expérimentations limitées dont la sécurité et le contrôle de qualité ont parfois été médiocres. Le projet a été supervisé dans des conditions d'inexpérience au regard des normes professionnelles, sans que l'administration centrale dispose de l'autorité et des moyens appropriés.

Plus limitées par leur objet, deux réalisations ont anticipé sur ce futur DMP, auquel elles seraient intégrées. **L'historique des remboursements** donne aux médecins un accès différé aux informations sur les soins remboursés les 12 derniers mois. Mi-2008, moins d'un dixième des médecins l'avaient utilisé, les deux-tiers ne disposant pas d'un poste de travail approprié. La CNAMTS a réalisé ce service, sans réflexion suffisante sur les

finalités et sur les risques encourus en termes de sécurité et de confidentialité des données.

Le dossier pharmaceutique, développé par le conseil national de l'ordre des pharmaciens, permet à ces derniers d'identifier avant délivrance les risques d'incompatibilité entre les médicaments prescrits les quatre derniers mois. Il est sur le point d'être généralisé.

Des choix structurants encore partiels

Ces téléservices ont été lancés sans toujours se référer aux normes internationales. Leur nécessaire mise en cohérence présente des risques élevés en termes de sécurité, de fiabilité, de non-conformité aux objectifs et de dépenses additionnelles, tant pour les opérateurs concernés que pour les services chargés de leur pilotage ou de leur surveillance au sein du ministère.

D'autres choix restent à concrétiser, en ce qui concerne notamment la définition des règles de confidentialité, d'accès aux données, des postes de travail des professionnels, leur sécurisation comme celle de leurs messageries.

Un pilotage à améliorer

Les décisions ont souvent été prises dans la précipitation. Le calendrier et

L'accès en ligne aux dossiers médicaux

l'organisation des travaux n'ont pas correspondu aux ambitions affichées, malgré les mises en garde de l'IGAS.

Les enjeux financiers sont considérables, en investissement, en fonctionnement, mais aussi pour la maîtrise potentielle des dépenses de santé. Pourtant les gains attendus n'ont pas été explicités et les prévisions de dépenses sont restées sommaires, pour le DMP comme pour les autres projets (historique des remboursements ou dossier pharmaceutique).

Plusieurs années s'écouleront avant que les services en ligne d'accès aux dossiers médicaux atteignent un niveau de maturité et de sécurité suffisant. De

tels retards reflètent l'inadéquation du pilotage par l'Etat et l'assurance maladie des systèmes d'information de santé.

La répartition des responsabilités entre la mission d'informatisation des systèmes de santé, les directions de l'administration centrale et les opérateurs généralistes (comme la CNAMTS) ou spécialisés (GIE SESAM Vitale, GIP DMP et CPS) est encore confuse et la normalisation demeure insuffisante. Le regroupement de ces deux derniers GIP et d'une partie du GMSIH en une nouvelle agence a toutefois été annoncé par la ministre chargée de la santé, en juin 2008.

Recommandations

La Cour recommande à l'Etat et, pour ce qui les concerne, aux régimes d'assurance maladie, de :

→ 29. Planifier dans le futur plan d'action un niveau de ressources humaines et financières en maîtrise d'ouvrage et en maîtrise d'œuvre qui soit cohérent avec la stratégie annoncée et son calendrier de mise en œuvre, ainsi qu'avec l'offre industrielle accessible.

→ 30. Renforcer le rôle et les moyens de coordination de la mission pour l'informatisation du système de santé ainsi que, en ce domaine, des agences régionales de l'hospitalisation puis de santé.

→ 31. Créer une fonction d'expertise nationale et autonome pour la normalisation et les référentiels en informatique de santé.

→ 32. Réglementer la procédure d'agrément des logiciels d'officine.

→ 33. Imposer les certificats des cartes Vitale 2 comme partie intégrante du mode d'accès à tout service en ligne de données personnelles de santé.

→ 34. Inciter à l'usage de messageries sécurisées et pleinement interopérables par les professionnels et les établissements de santé.

→ 35. Subordonner le financement de téléservices et de plates-formes de services à leur conformité aux bonnes pratiques informatiques, aux cadres nationaux de référence, ainsi qu'à une étude économique détaillée, comportant des indicateurs de performance et une méthode d'évaluation.

8 Les restructurations hospitalières

La Cour a étudié les restructurations hospitalières conduites par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) dans trois régions (Centre, Nord Pas de Calais, Provence Alpes Côte d'Azur) et pour trois disciplines (obstétrique, chirurgie, soins de suite et de réadaptation).

Elle dresse un bilan contrasté de l'action des ARH. Si elles ont toutes engagé des opérations de restructuration, les résultats obtenus restent en dessous des ambitions affichées lors de leur création et sont très inégaux selon les disciplines et les secteurs (privé ou public).

Une politique ambitieuse insuffisamment portée par le niveau national

Des compétences étendues dont la mise en œuvre a été limitée

Les ARH ont été créées pour piloter l'ensemble du système hospitalier régional. Elles se sont vu confier des compétences visant à favoriser la coopération ou le regroupement d'établissements. Ainsi, leurs directeurs avaient la possibilité de prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle d'une activité de soins dès lors

qu'il y avait un risque pour la sécurité des patients ou du personnel. Ils pouvaient refuser un renouvellement d'autorisation, en cas de non respect des normes ou d'incompatibilité avec les objectifs fixés par le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

Un manque d'implication du ministère de la santé

Mais la politique de restructurations hospitalières n'a pas fait l'objet d'un accompagnement soutenu de la part du ministère de la santé.

Ainsi le grand public n'a pas été informé des bénéfices en termes de sécurité et de qualité des soins qu'apportent les restructurations, laissant la place à des discours alarmistes sur les dangers qu'une fermeture d'établissement ferait encourir à la population, alors même que les habitants du territoire l'avaient, le plus souvent, déjà largement déserté.

Le ministère de la santé a parfois interféré dans les décisions des ARH en leur demandant de renoncer à des fermetures ou de les différer.

Enfin il a régulièrement distribué des aides financières, au travers des plans de santé publique ou des contrats de retour à l'équilibre, qui n'ont pas incité les établissements les moins performants à revoir leur organisation et améliorer leur efficacité.

Les restructurations hospitalières

Une dynamique de restructuration progressivement interrompue

La mobilisation initiale des ARH et des établissements en faveur de la restructuration a été réelle.

Elles ont restructuré de nombreux établissements de taille intermédiaire et développé des coopérations entre des hôpitaux et des cliniques privées, là où l'avenir de ces établissements était compromis.

Cependant, les CHU, où les enjeux étaient encore plus importants en termes de qualité des soins et d'économies potentielles, ont été peu concernés. La réorganisation tardive de la plupart d'entre eux explique leur situation financière très dégradée. Fin 2007 leur déficit d'exploitation atteignait près de 400M€.

Des restructurations d'ampleur variable selon les secteurs

Les maternités : une restructuration importante, mais inachevée

L'application de normes (prévues par des décrets de 1998) a provoqué la fermeture d'un quart des maternités. Ces fermetures ont essentiellement concerné des établissements de petite taille, le plus souvent dans le secteur privé. Et dans les régions étudiées, la restructuration, contrairement aux craintes souvent émises, n'a pas eu

d'incidence sur le temps d'accès aux maternités et a amélioré la sécurité des futures mères.

Ces efforts de restructuration des maternités doivent être poursuivis car subsistent encore de petites maternités, qui sont confrontées à des problèmes de recrutement de praticiens et dont le maintien est coûteux.

La Cour observe que la disparition des maternités de niveau I s'est traduite par un déport des accouchements sans complication sur les maternités de niveau II ou III conçues pour accueillir les grossesses et accouchements à risque. L'étude des maternités de niveau III montre que leur organisation est perfectible et que leurs effectifs (et les ratios d'encadrement qui en découlent) sont très variables, sans que ceci soit justifié par leur niveau d'activité.

La chirurgie : une restructuration différenciée entre secteur public et secteur privé.

Les coopérations entre secteur public et secteur privé, destinées à maintenir une offre chirurgicale dans des villes où la concurrence entre établissements compromettrait son avenir, ont été difficiles à réaliser et au final peu nombreuses.

Le mouvement de restructuration a essentiellement concerné le secteur privé (72 % des opérations). Il s'est accompagné d'une structuration de l'offre privée en grands groupes et la construction d'établissements neufs avec des plateaux techniques

performants. Il en est résulté une augmentation de l'activité chirurgicale privée et une pression concurrentielle vive sur le secteur public.

A l'inverse, dans le secteur public, les ARH ont fermé très peu de services de chirurgie en dépit d'une viabilité incertaine, d'un coût élevé et alors même que la sécurité des patients n'y était pas bien assurée.

Soins de suite et de réadaptation (SSR) : un développement encore insuffisant

Dans un domaine où l'offre souffre de forts déséquilibres territoriaux et d'une mauvaise coordination avec les structures de court séjour, les adaptations ont le plus souvent consisté à convertir les capacités excédentaires de médecine ou de chirurgie en lits et places de SSR. En parallèle, des efforts ont été faits pour rééquilibrer leur implantation géographique.

La Cour estime néanmoins que ce secteur doit encore être développé et mieux structuré. Dans les trois régions étudiées, tous les lits autorisés ne sont pas installés alors que les besoins ne sont pas satisfaits. Le manque de places disponibles rend d'autant plus difficile la coordination avec les structures de court séjour en amont.

Vers une relance de la politique de restructuration hospitalière

Aussi significatifs qu'ils soient, les résultats obtenus en matière de restructurations hospitalières demeurent très divers selon les régions, les secteurs et les établissements. L'introduction de la tarification à l'activité devrait à terme accélérer l'évolution des établissements, même si cette réforme a réduit les capacités d'action des ARH.

Dans ce contexte, la Cour considère qu'une relance de cette politique, adossée aux projets médicaux des établissements et se traduisant non seulement par des regroupements juridiques, mais surtout par une réorganisation de l'offre de soins, est indispensable.

Cette relance pourrait s'appuyer sur les orientations et recommandations qui suivent.

Recommandations

→36. Définir un plan de restructuration des plateaux techniques publics assorti d'un calendrier.

→37. Engager un effort systématique de pédagogie auprès du grand public sur la nécessité et le bien-fondé de ces opérations.

→38. Valoriser dans le déroulement de carrière des directeurs d'établissements la capacité à mener à bien des opérations de restructuration.

→39. Conditionner l'attribution des aides financières aux hôpitaux publics en difficulté à la mise en œuvre d'actions de réorganisation interne et externe.

→40. Intégrer les critères de qualité et de compétence des équipes et les résultats de la certification des établissements dans les décisions d'autorisation d'activité.

9 Les systèmes d'information dans les établissements de santé

Un bilan décevant de l'utilisation des outils informatiques dans les établissements

Dans la plupart des établissements contrôlés, la mobilisation des équipes de direction sur les questions relatives aux systèmes d'information est assez faible. Ce désintérêt emporte des conséquences quant aux délais de mise en œuvre ou à la connaissance du coût final de certains projets.

Certes, les systèmes d'information pour la gestion économique et financière sont maintenant largement répandus. Mais leur utilisation se révèle souvent décevante. Et les besoins restent importants en ce qui concerne les systèmes d'information relatifs aux patients, notamment pour l'aspect médical de leur séjour.

Le recueil des données médicales est organisé dans les établissements depuis 1991 par le biais des départements d'information médicale (DIM). Malgré l'ancienneté de ce dispositif, les modalités de ce recueil apparaissent encore très largement perfectibles, qu'il s'agisse de la rapidité du codage, de son exhaustivité ou de sa qualité, pourtant

essentiels pour assurer le financement des établissements de santé dans le cadre de la tarification à l'activité.

Un pilotage national insuffisamment coordonné

Plusieurs organismes sont chargés du développement des systèmes d'information (MAINH, GMSIH, ATIH, MISS) dans des conditions insuffisamment précisées par le ministère en charge de la santé.

Cette multiplicité d'opérateurs nuit à la qualité de l'accompagnement dont les établissements de santé ont besoin. Les outils mis à leur disposition pour les aider à choisir des éditeurs, des produits, ou des prestataires sont insuffisants. Les analyses des offres existantes sur le marché, comme les outils d'aide à la décision sont trop peu nombreux.

Les référentiels produits dans ce domaine sont peu appliqués, soit que les établissements et les éditeurs ne les connaissent pas, soit que leur complexité technique les rende difficiles à utiliser.

Enfin l'absence de cahiers des charges nationaux, outre qu'elle pénalise les petits établissements, fait courir des risques en matière d'interopérabilité.

Les systèmes d'information dans les établissements de santé

L'informatisation des urgences illustre ces différents dysfonctionnements : une analyse de l'offre des éditeurs trop tardive, l'absence d'un cahier des charges suffisamment normalisé, des applications non interopérables avec le reste du système d'information patient...

Un financement dispersé et mal connu

Les tutelles nationales et régionales ne disposent pas d'une vision synthétique des différents financements accordés par le biais des plans successifs : Hôpital 2007, urgences, ONDAM 2006 et Hôpital 2012.

En outre, les aides ciblées accordées au travers de projets précis comme le DMP ou la tarification à l'activité n'ont pas fait davantage l'objet d'un suivi plus rigoureux.

Au vu de ces défaillances, la Cour recommande que le calendrier d'octroi aux établissements de santé des crédits d'investissement de 1,5 Md€ pour les SIH prévu dans le cadre du plan Hôpital 2012 soit étalé, afin de ne pas reproduire les erreurs d'Hôpital 2007 (manque de cadre de référence pour le choix des projets, défaut de suivi des projets) et de prévenir ainsi tout gaspillage des deniers publics.

Recommandations

→ 41. Redéfinir le rôle respectif des structures responsables du pilotage des systèmes d'information hospitaliers.

→ 42. Assurer un suivi des dépenses réalisées par les établissements dans le domaine des systèmes d'information.

→ 43. Elaborer un cadre de référence pour le développement des plate-formes régionales d'interopérabilité.

→ 44. Redéfinir un calendrier de financement du plan Hôpital 2012 compatible avec les délais d'élaboration de dossiers pertinents.

10 Les aides à la garde des jeunes enfants

Les dépenses de prestations pour la petite enfance ont fortement progressé sur la période récente, passant de 8,1Md€ en 2003 à près de 11 Md€ en 2007, sous l'effet principalement de l'institution de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE).

Une simplification limitée

Principale aide à la petite enfance, la PAJE se compose d'une part d'un socle de base versé sous conditions de ressources et d'autre part de compléments, accordés tant aux parents qui font garder leur enfant qu'à ceux qui choisissent de s'en occuper eux-mêmes. Les montants des divers compléments mode de garde (CMG) sont fonction du mode de garde choisi et du niveau de revenu des familles. Le complément de libre choix d'activité (CLCA), à taux plein ou à taux réduit, est quant à lui versé sans condition de ressources aux parents qui ont arrêté ou réduit leur activité professionnelle pour élever leur enfant de moins de trois ans.

Très majoritairement, les bénéficiaires estiment que l'institution de la PAJE a simplifié le dispositif antérieur, à l'exception des familles qui perçoivent le CLCA.

La gestion des aides à la garde des jeunes enfants reste cependant complexe, notamment parce que chacune des composantes de la PAJE est régie par des règles particulières. Ce qui explique que la diminution des coûts de gestion annoncée, qu'aurait dû entraîner la réforme, n'est pas encore constatée.

Un dispositif plus coûteux que prévu

L'institution de la PAJE s'est avérée beaucoup plus coûteuse que prévu du fait de la surestimation des économies attendues, de la sous-évaluation des dépenses liées à la garde par les assistantes maternelles et du défaut d'anticipation de la modification des comportements des familles. Ainsi, alors que les prévisions initiales tablaient sur un surcoût annuel de 800 M€ à horizon 2009, il s'établirait selon les dernières estimations à 2 Md€ par an (en euros constants).

Les aides à la garde des jeunes enfants

Les difficultés de mise en œuvre du “libre choix”

La garde par la famille

La PAJE avait pour objectif de permettre aux parents de choisir entre garder eux-mêmes leur enfant ou le confier à des tiers. Mais elle a eu une incidence limitée sur les choix des familles modestes, pourtant public cible de la réforme, quant au maintien en activité des parents. Le plus souvent, le retrait du marché du travail est un choix contraint, en raison du coût trop élevé des modes de garde. Les bénéficiaires du CLCA à taux plein sont dès lors essentiellement des femmes peu diplômées disposant de faibles revenus. Or, aucune mesure n'a été mise en œuvre pour faciliter le retour à l'emploi et préserver l'employabilité des bénéficiaires d'un congé parental. A l'inverse, la revalorisation du CLCA à taux réduit, cumulé avec la majoration des compléments “mode de garde”, a plutôt bénéficié aux femmes de familles de classes moyennes ou aisées en leur permettant d'alléger leur activité.

Les autres modes de garde

Le rythme d'ouverture de nouvelles places en crèche (+2 % par an en moyenne entre 2000 et 2007) apparaît modéré, malgré la succession de quatre plans crèches sur la même période. Le nombre d'assistantes maternelles en

activité n'a progressé qu'au rythme de la natalité entre 2003 et 2005, alors que la mise en place de la PAJE aurait dû remédier à la pénurie constatée en ce domaine. Enfin, le ministère de l'éducation nationale s'est fortement désengagé de la scolarisation des enfants de moins de trois ans (- 27 % entre 2002 et 2007), accroissant de ce fait la demande d'assistantes maternelles et d'établissements d'accueil des jeunes enfants.

Des inégalités qui perdurent

La Cour relève une forte dispersion du taux d'effort des familles, effort d'autant plus important que leur revenu est faible. Une réorientation des aides au bénéfice des familles les plus modestes paraît dès lors souhaitable.

Une efficacité réduite

Au final, alors que le coût d'un enfant gardé par un tiers a crû de 60 % pour la branche famille entre 2003 et 2006, le nombre d'enfants gardés par leurs parents ou utilisant des modes de garde non aidés a progressé de plus de 7 % sur la même période.

Par l'ensemble de ses constats, la Cour invite les pouvoirs publics à s'interroger sur les voies et moyens d'assurer une mise en place maîtrisée du droit de garde opposable récemment annoncé.

Recommandations

→ 45. Renforcer la cohérence des interventions des différents acteurs concernés par la garde des jeunes enfants (ministère en charge de la famille, ministère de l'éducation nationale, organismes de sécurité sociale, collectivités territoriales).

→ 46. Réduire la durée du CLCA afin d'éviter l'éloignement durable des mères du marché du travail et envisager de revenir sur la revalorisation du CLCA à temps partiel.

→ 47. Mieux corrélérer le taux d'effort des familles en fonction de leurs revenus pour chaque mode de garde.

→ 48. Mieux corrélérer le coût pour la collectivité et les revenus des familles de chaque mode de garde en réduisant en particulier l'aide apportée par la collectivité en matière de garde à domicile.

→ 49. Analyser les raisons de la stagnation du nombre d'agrément et du taux d'exercice des assistantes maternelles et développer l'accueil dans un cadre structuré (crèches familiales) ou plus souple (locaux mis à disposition).

11 Aspects de la gestion des régimes de retraite

Trois thèmes sont abordés cette année par la Cour au titre de la branche retraite.

Les outils de pilotage des régimes de retraite

Les comportements des assurés sont encore mal appréhendés

La gestion des régimes de retraite nécessite une connaissance fine des droits des assurés et de leur comportement à l'approche de la retraite, que la loi du 21 août 2003 a rendue plus nécessaire encore du fait des mesures comme la surcote et l'allongement des durées d'assurance qu'elle instaure.

Des progrès ont été enregistrés en matière statistique avec l'élaboration d'un schéma directeur dans le régime général. Des modèles de microsimulation, permettant de mieux tenir compte des comportements des assurés, ont par ailleurs été développés dans le régime général et la fonction publique d'Etat. Un échantillon interrégimes des cotisants (EIC), dont la création a été décidée en 2001, a donné ses premiers résultats en 2005.

Des lacunes demeurent cependant : de nombreux régimes n'ont pas de

modèle comportemental de départ en retraite (RSI, CNRACL) ; les informations relatives aux périodes non cotisées mais génératrices de droit (assurance vieillesse des parents aux foyers, chômage, invalidité...) sont mal connues pour l'ensemble des régimes ; la coordination nationale des systèmes d'information apparaît encore insuffisante entre les multiples régimes.

Les conséquences financières de la réforme de 2003 sont mal évaluées

Les outils de prévision financière restent trop rudimentaires. Or, les régimes devraient être en mesure de produire et de publier des données actuarielles, pour s'assurer de leur soutenabilité financière et des indicateurs de rendement plus pertinents que le seul taux de remplacement du dernier salaire ou du dernier revenu d'activité.

L'adossement des régimes spéciaux aux régimes de droit commun

La Cour a analysé, à la demande du Parlement, les conditions d'adossement du régime des industries électriques et gazières, afin de dégager les règles permettant de mieux garantir à l'avenir

Aspects de la gestion des régimes de retraite

la neutralité d'éventuels autres adossements.

Les caractéristiques d'un adossement

L'introduction de nouvelles normes comptables internationales (IAS/IFRS) oblige depuis 2005 les entreprises disposant de leurs propres régimes de retraite à prestations définies à inscrire dans leurs états financiers les engagements correspondants. Certaines entreprises publiques ne pouvant comptabiliser de telles provisions sans dégrader leurs comptes (EDF-GDF, SNCF, RATP et La Poste), l'externalisation de leurs engagements s'est imposée.

L'adossement consiste à créer une caisse autonome de retraite, qui, fondée sur le principe de répartition, échappe à l'obligation de provisionnement. Pour mieux assurer son équilibre, cette caisse peut recourir (au moins dans un premier temps) à une garantie de l'Etat, qui risque cependant d'apparaître incompatible avec les règles européennes d'ouverture à la concurrence. Elle peut aussi, par un adossement aux régimes de droit commun, sécuriser une part importante des pensions versées.

Le régime spécial est ainsi pérennisé, cette caisse gérant les droits inchangés de ses ressortissants. Les régimes d'accueil ne sont en principe appelés à financer que les seuls droits qu'ils accordent déjà à leurs assurés, les droits spécifiques devant faire l'objet d'un financement ad hoc. La Commission européenne a reconnu la possibilité de financer ces droits spécifiques par une

aide d'Etat, mais pour les seuls droits acquis avant la libéralisation du secteur, afin de ne pas fausser la concurrence.

Les conditions d'adossement du régime des IEG

L'adossement du régime de retraite des IEG au régime général et aux régimes complémentaires a été réalisé en 2005. La loi a défini un principe de neutralité financière pour les assurés du régime d'accueil, qui ne doivent pas supporter les surcoûts qui pourraient être générés par une situation démographique plus défavorable des régimes accueillis.

Les modalités d'adossement du régime des IEG au régime général ont été plus défavorables pour ce dernier que celles définies pour son adossement aux régimes complémentaires (ARRCO et ARGIC).

Alors que les régimes complémentaires ont opté pour un abattement des droits repris, le régime général a repris l'ensemble des droits en contrepartie du versement d'une soulte (7,65 Md€). Mais son versement, étalé sur vingt ans (pour 60 %) et reposant sur une contribution révisable tous les cinq ans par arrêté ministériel, lui confère une plus grande incertitude. Les projections de charges ayant permis le calcul de cette soulte ne sont pas révisables pour le régime général, alors qu'une révision est prévue pour les régimes complémentaires. Et les recettes projetées ont été, comparativement, surévaluées pour le régime général,

Aspects de la gestion des régimes de retraite

diminuant d'autant le montant de la soule à verser.

Au final, si l'opération d'adossement du régime des IEG au régime général a bénéficié pour les trois premières années du dynamisme des produits dégagés par le fonds de réserve des retraites, chargé de placer 40 % du montant de la soule, ce mode de financement ne garantit pas à long terme le respect du principe de neutralité financière.

Le minimum de pension

Une prestation en croissance

Créé en 1983 pour le régime général et les régimes alignés (salariés agricoles et régime social des indépendants), le minimum de pension, plus souvent dénommé "minimum contributif" (MICO) permet de garantir aux retraités ayant effectué des carrières longues⁽¹⁾ un niveau de pension de base fixé à 580 € par mois en 2007.

En 2003, de manière à mieux valoriser les périodes travaillées, une majoration du MICO a été créée (de 54 € en 2007). Elle est accordée en fonction des seules périodes cotisées par les bénéficiaires (à l'exclusion des périodes validées mais cotisées par des tiers).

(1) Ils doivent bénéficier du taux plein, soit parce qu'ils ont effectué une carrière complète, soit parce qu'ils ont atteint 65 ans (ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail ou d'invalidité). La prestation est proratisée en cas de carrière incomplète.

Compte tenu des évolutions du marché du travail (augmentation des périodes de chômage et du temps partiel et des périodes validées au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer) le bénéfice du MICO simple a été progressivement élargi à près de cinq millions de bénéficiaires en 2007, pour un coût d'environ 4,7 Md€. Il en résulte qu'actuellement plus de 40 % des flux annuels de nouveaux retraités bénéficient du MICO. Cette tendance devrait se poursuivre à réglementation inchangée.

Un ciblage insuffisant

Le MICO était initialement destiné à des personnes disposant de faibles retraites. Or certains polypensionnés dont le montant cumulé des pensions peut être relativement important (30% des retraités polypensionnés ont des retraites supérieures à 1 400€) y sont admissibles et bénéficient ainsi d'un effet d'aubaine.

La Cour recommande donc un ciblage accru, par la prise en compte, pour l'ouverture du droit au MICO, de l'ensemble des pensions versées par les régimes de base ; et que le MICO soit recentré sur les carrières complètes travaillées, conformément à l'objectif affirmé en 1983 et réaffirmé en 2003, de valorisation des carrières effectivement travaillées.

Aspects de la gestion des régimes de retraite

Recommandations

Pilotage

→50. Constituer un groupe de travail du CNIS chargé de définir l'ensemble des informations communes nécessaires au pilotage des régimes de retraite.

→51. Doter les principaux régimes d'un schéma directeur statistique.

→52. Permettre au COR de piloter les travaux devant conduire les régimes à calculer et publier des soldes actuariels et des taux de rendement.

Adossement

→53. Prévoir une clause de révision encadrée au profit du régime général lors des prochains adossements.

→54. Calibrer les futurs adossements en partant d'hypothèses de projection de recettes identiques pour le régime général et les régimes complémentaires.

→55. Fonder les taux d'actualisation sur des références objectives de marché notamment et justifier les différences de taux éventuellement retenues par une analyse circonstanciée du partage des risques entre les partenaires de l'opération.

→56. Demander que les rapports annuels prévus par l'article L. 222-7 du CSS mettent systématiquement en regard prévisions et réalisations.

MICO

→57. Faire masse de l'ensemble des pensions de base dans l'attribution du MICO.

→58. Expertiser les conséquences d'un recentrage du MICO sur les carrières complètes travaillées.

12 Le suivi des précédentes recommandations

Depuis 2003, les suites données à chacune des recommandations formulées par la Cour dans le RALFSS font l'objet d'un rapport du Gouvernement au Parlement.

L'analyse des deux derniers rapports de suivi montre néanmoins que près des deux tiers des recommandations des rapports sécurité sociale pour 2005 et 2006 ont été, en tout ou partie, suivies d'effet au bout d'un an. Mais différents progrès sont nécessaires.

Ainsi, le suivi de l'administration porte sur des recommandations trop récentes

Seules les recommandations du RALFSS précédent sont examinées par l'administration, rendant ainsi prématuré l'exposé des mesures correctrices dix mois à peine après leur formulation.

Pour redonner toute son utilité à cette procédure, la Cour recommande donc de scinder le suivi en deux phases : en N+1 une première étape de diagnostic et de programmation des mesures correctives ; en n+2, un examen plus approfondi des suites, dix-huit mois après la publication du rapport.

La Cour a souhaité revenir sur trois sujets pour lesquels les suites données à ses travaux lui paraissaient insuffisantes.

Une réflexion inaboutie sur le devenir des UGECAM

Dans son rapport de 2003 la Cour avait énoncé trois recommandations dont le suivi est encore insuffisant.

Certes, le pilotage national des UGECAM a été renforcé avec la définition tardive (décembre 2006) d'orientations stratégiques de principe. Mais leur déclinaison opérationnelle n'est toujours pas effective.

L'avenant à la COG CNAMTS-Etat 2006-2009 qui devait régler en particulier la question de l'équilibre budgétaire des établissements sanitaires et du financement des sièges des UGECAM n'a toujours pas été signé.

Les opérations de regroupement des UGECAM opérées depuis 1999 pour atteindre une taille critique n'ont pas permis une réelle mutualisation des moyens et des coûts de fonctionnement.

Le financement de la classification des emplois hospitaliers n'est toujours pas assuré.

La Cour a donc à nouveau relevé les défaillances du pilotage national des UGECAM.

Des conditions de cessation de fonctions des agents de direction inchangées

La complexité du régime juridique encadrant le retrait de fonctions des

Le suivi des précédentes recommandations

directeurs et agents comptables du régime général a été relevée par la Cour dès 2003, trois procédures coexistant : les sanctions disciplinaires, le retrait d'agrément, la fin de fonctions dans l'intérêt du service.

Ce cadre juridique devait donc être clarifié, afin d'en améliorer la cohérence. La Cour recommandait notamment qu'il soit "explicitement prévu que le retrait d'agrément équivaut à une mesure de licenciement".

Cette recommandation n'a pas été suivie d'effet et le droit est resté inchangé.

Des efforts à soutenir dans la gestion des AT-MP

Le régime de droit commun

Entre 2002 et 2007 la Cour a analysé divers aspects de la gestion et de l'indemnisation du risque accidents du travail et maladies professionnelles.

L'autonomie de la branche et l'expertise sur les risques professionnels ont été renforcées. En revanche, la coordination des acteurs, intervenant au sein d'instances trop nombreuses, est restée insuffisante.

Les modalités de tarification ont peu évolué malgré la recommandation de la Cour d'adopter un système de tarification plus simple et moins coûteux dans les secteurs professionnels à moindre risque.

La procédure de révision des tableaux de maladies professionnelles est quant à elle bloquée. La reconnaissance de maladies émergentes pâtit tout particulièrement de la trop grande imbrication de la phase

d'expertise scientifique et de celle de négociation entre les partenaires sociaux.

Le dispositif spécifique des victimes de l'amiante

La grande majorité des 14 recommandations formulées à ce sujet par la Cour en 2005, n'a pas été mise en œuvre.

Deux fonds sont dédiés à l'indemnisation des conséquences de l'amiante : le FIVA et le FCAATA. La Cour avait critiqué le coût très élevé de la pré-retraite versée par ce dernier, qui vise à compenser la diminution d'espérance de vie des salariés ayant été exposés à l'amiante.

Elle dénonçait à la fois le caractère inégalitaire du dispositif qui concernait essentiellement les salariés de grandes entreprises et son extension à des salariés n'ayant pas réellement été en contact avec l'amiante.

Alors que la Cour proposait quant à elle de recentrer le dispositif sur les seules victimes malades, les propositions les plus récentes tendent plutôt à élargir le champ des bénéficiaires, notamment aux salariés des petites et moyennes entreprises pouvant prouver une exposition sans qu'ils aient développé une pathologie.

Un tel élargissement a certes le mérite d'établir une égalité de traitement pour les salariés des entreprises sous traitantes, mais l'accroissement des dépenses qui pourrait en résulter n'a pas été chiffré. Or les dépenses engagées qui s'élevaient pour l'ensemble des deux fonds à un peu plus de 600M€ en 2004, avaient doublé en 2007.