

## Synthèse

Sécurité sociale 2009

### 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

<b>Présentation.....</b>	5
1 - Les résultats et le financement des déficits.....	6
2 - L'objectif national de dépenses d'assurance maladie.....	11
3 - Les contrôles effectués sur l'Etat employeur.....	13
4 - Les contrôles réalisés sous la surveillance de la Cour.....	14
5 - L'organisation de l'hôpital.....	16
6 - Plan hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers....	19
7 - La mise en oeuvre de la T2A : bilan à mi-parcours.....	21
8 - Le contrôle médical.....	24
9 - Les centres d'examens de santé.....	27
10 - Les contrôles d'assiette des URSSAF.....	29
11 - La durée d'assurance dans le calcul des droits à la retraite.....	32
12 - La prise en compte des enfants dans la durée d'assurance pour la retraite.....	35
13 - L'accueil et l'accompagnement des usagers dans la branche famille.....	38
14 - Aspects de la gestion des personnels du régime général.....	41
15 - Le régime de sécurité sociale dans les mines.....	43
16 - Le suivi des recommandations antérieures.....	45
<b>Conclusion générale.....</b>	47

# Présentation

*Le présent rapport consacre sa première partie aux éléments propres à l'année 2008 : la Cour rend son avis sur « la cohérence des tableaux d'équilibre », procède à une « analyse de l'ensemble des comptes »<sup>(1)</sup> des organismes inclus dans le champ des LFSS et examine l'incidence en trésorerie des déficits cumulés ou des dettes de l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale. L'examen de la mise en œuvre de l'objectif national de dépenses d'assurances maladie (ONDAM) complète ce volet financier.*

*En outre, comme la loi l'a prévu, le rapport rend compte des contrôles effectués en 2008 par les services d'inspection intégrés au sein du réseau d'alerte ainsi que des contrôles effectués par les URSSAF ou la Cour sur le respect par l'Etat de ses obligations d'employeur<sup>(2)</sup>.*

*Une deuxième partie regroupe les travaux consacrés aux dépenses hospitalières : à l'organisation de l'hôpital<sup>(3)</sup>, à la mise en œuvre de la T2A, enfin aux investissements immobiliers du plan « Hôpital 2007 ».*

*Les travaux effectués par la Cour sur la gestion des risques sociaux, présentés en troisième partie, portent cette année, pour la branche maladie, sur les centres d'examen de santé et sur le contrôle médical du régime général ; pour le recouvrement, sur les contrôles d'assiette des URSSAF. La branche retraite, examinée sous deux aspects, fait l'objet d'analyses relatives à la durée d'assurance dans le calcul des droits à retraite et à la prise en compte des enfants dans la durée d'assurance pour la retraite. L'accueil et l'accompagnement des usagers dans la branche famille fait également l'objet d'une insertion. Enfin, la gestion des régimes est abordée, sous l'angle des questions liées à la gestion des personnels du régime général, ainsi que celle du régime de sécurité sociale dans les mines.*

*Comme les années précédentes, des recommandations ou orientations accompagnent et prolongent les constats effectués. Celles des années précédentes donnent lieu à suivi. ■*

1) Ces deux missions sont explicitement prévues par l'article LO 132-3 du code des juridictions financières (CJF).

2) Conformément aux dispositions prévues, d'une part dans l'article précité LO 132-3, d'autre part au L. 111-6, du CJF.

3) Dans ce dernier cas, les travaux dont « rend compte » ce rapport ont été réalisés en liaison avec les chambres régionales des comptes, dans le cadre du « programme trisannuel de travaux » prévu à l'article L. 132-3-2 du CJF.

# Cour des comptes

## 1 Les résultats et le financement des déficits

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. Les tableaux d'équilibre du dernier exercice clos, 2008, sont approuvés en loi de financement, en même temps que ceux pour l'année en cours et pour l'année suivante.

Ils sont présentés pour les régimes de sécurité sociale (branches du régime général d'une part, ensemble des régimes obligatoires de base d'autre part) et pour les organismes qui concourent à leur financement (fonds de solidarité vieillesse -FSV- et fonds de financement des prestations sociales agricoles -FFIPSA-).

Tableau d'équilibre 2008 du régime général

*En Md€*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	140,7	145,2	- 4,4
Vieillesse	89,5	95,1	- 5,6
Famille	57,2	57,5	- 0,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,7	10,5	0,2
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	<b>293,7</b>	<b>300,9</b>	<b>- 10,2</b>

Source : Direction de la sécurité sociale

Tableau d'équilibre 2008 de l'ensemble des régimes obligatoires de base

*En Md€*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	164	168,1	- 4,1
Vieillesse	175,3	180,9	- 5,6
Famille	57,7	58	- 0,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,3	12,1	0,2
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	<b>404,2</b>	<b>413,9</b>	<b>- 9,7</b>

Source : Direction de la sécurité sociale

# Les résultats et le financement des déficits

Tableau d'équilibre 2008 des organismes concourant au financement des régimes de base

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	15,4	14,5	0,8
FFIPSA	22,1	16,8	5,3*

Source : Direction de la sécurité sociale

\* y compris produit exceptionnel lié à la liquidation du FFIPSA

## Avis sur les tableaux d'équilibre

### Une assurance toujours insuffisante

Pour l'exercice 2008, plusieurs progrès sont intervenus : les comptes des régimes autres que le régime général sont désormais eux aussi soumis à certification par des commissaires aux comptes. Même si les deux branches famille et retraite du régime général et plusieurs autres régimes importants, dont le RSI et le régime des salariés et des exploitants agricoles, n'ont pas pu être certifiés, les diligences effectuées contribuent à accroître le niveau de rigueur des procédures internes et la fiabilité des données financières.

De même, les contrôles exercés par la mission comptable permanente ont progressé, même s'ils restent

insuffisants, notamment pour garantir la fiabilité de la répartition de certaines charges entre les branches.

Au total, cependant, l'avis de la Cour est peu modifié par rapport à celui porté sur les tableaux de 2007, en raison d'un contrôle insuffisant des données comptables en amont et de la persistance de divers retraitements en « net », consistant notamment à contracter les dotations aux provisions et les reprises de provisions pour prestations. Ces contractions, si elles n'altèrent pas le résultat, modifient cependant le montant des charges et des produits, à hauteur de plus de 11 Md€ pour le régime général et d'environ 14 Md€ pour l'ensemble des régimes.

De ce fait et bien que les tableaux d'équilibre 2008 ne présentent pas d'anomalies majeures, l'assurance apportée à la Cour quant à leur cohérence avec les comptes des régimes demeure limitée.

# Les résultats et le financement des déficits

## L'évolution des comptes 2008

### Une situation financière dégradée malgré des recettes exceptionnelles

Le déficit d'ensemble des régimes de sécurité sociale et des fonds concourant à leur financement reste, depuis 2003, supérieur à 10 Md€. Il atteint 11,6 Md€ pour l'année 2008, hors le produit exceptionnel constitué par la reprise de la dette du FFIPSA par l'Etat pour 7,9 Md€.

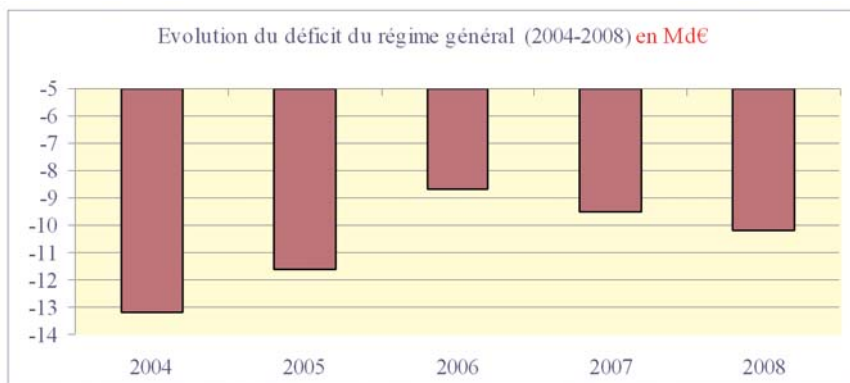
Par rapport à 2007, les déficits pour 2008 du régime général (-10,2 Md€) et de l'ensemble des régimes (-9,7 Md€) ont ainsi continué de se creuser, et ce malgré l'apport de produits exceptionnels. Ces derniers représentent un montant de plus de 3 Md€, dû en particulier à l'incidence du prélèvement à la source mis en place en 2008 pour la CSG (1,4 Md€) sur les dividendes ce qui a conduit à constater deux années de

produits en 2008. Pour 0,9 Md€, on note aussi la modification des échéanciers de versements des cotisations des travailleurs indépendants, qui a conduit à constater cinq trimestres de cotisations famille et de CSG dans les comptes 2008.

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

Le déficit de la branche maladie en 2008 (-4,4 Md€) s'est réduit de 0,2 Md€ par rapport à 2007, grâce à la forte progression des produits, bien que les prestations aient augmenté de 3,5%.

Le déficit de la branche retraite continue de se creuser en 2008 (-5,6 Md€ contre -4,6 Md€ en 2007 et -1,9 Md€ en 2006), sous l'effet de la progression des charges (+ 5,6% de 2007 à 2008), 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 2,4 Md€ en 2007.



# Les résultats et le financement des déficits

La branche famille devient déficitaire (de 0,3 Md€), en raison d'une progression plus forte qu'attendu des prestations et d'une contraction des produits, par rapport aux prévisions.

## ...et selon les fonds de financement

Le FSV qui finance des avantages à caractère non contributif (minimum vieillesse, cotisations retraite pour les chômeurs notamment) a été excédentaire pour la deuxième année consécutive. Mais il sera à nouveau fortement déficitaire en 2009.

Quant au FFIPSA, qui assure le financement du régime de sécurité sociale des exploitants agricoles, son résultat courant s'est dégradé en 2008 (-1,2 Md€ pour la maladie comme pour la retraite). Sa suppression en 2009 explique le constat d'un produit exceptionnel (pour 7,9 Md€), lié à la reprise de sa dette par l'Etat. En revanche, le financement pour 2009 du déficit de la branche retraite des exploitants agricoles n'est pas assuré.

## Le financement de 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 109,1 Md€ à fin 2008. Elle regroupe notamment :

- les ressources non permanentes mobilisées par l'ACOSS pour couvrir les besoins de

trésorerie du régime général : le solde à fin 2008 a été ramené à -17,3 Md€ (contre -20 Md€ à fin 2007), grâce à un premier versement de la CADES ;

- la dette portée par la CADES : la nouvelle reprise de dette prévue en LFSS pour 2009 (26,9 Md€ dont 10 Md€ en 2008) la porte à 96,9 Md€ (montant net des remboursements déjà effectués).

Dans un contexte financier contraint, encore aggravé par la crise financière apparue à l'automne 2008, les conditions de financement, notamment par l'intermédiaire de la Caisse des dépôts et consignations, se sont dégradées.

En conséquence, le coût global de la dette (ACOSS, FFIPSA et CADES) s'accroît : le montant des intérêts de la dette du régime général et du régime agricole atteint 4,2 Md€ en 2008 contre 3,0 Md€ en 2006. .

## Un dispositif inadapté

Les plafonds d'avance autorisés chaque année en LFSS, ne devraient couvrir que les découverts de trésorerie des régimes, c'est-à-dire des décalages infra-annuels entre encaissements et décaissements et non pas correspondre au montant de déficits comptables annuels cumulés.

Or, malgré les reprises de dettes et de déficit opérées par la CADES et par l'Etat, on constate la persistance de plafonds d'avance de montants très importants, excédant les seuls besoins de l'année. Cette dette devrait être transférée à la CADES, dotée en contrepartie des ressources adaptées.

## Recommandations

→1. Définir les règles d'établissement des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) afin qu'ils soient cohérents avec les comptes audités et étendre la mission des commissaires aux comptes à leur vérification pour les régimes autres que le régime général.

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

→3. Étendre à l'ensemble des régimes obligatoires de base l'objectif

d'optimisation de la gestion financière de court terme.

→4. Distinguer dans une annexe au PLFSS entre besoin de trésorerie (auquel doit être réservée l'utilisation des plafonds d'avance) et résultat déficitaire, en indiquant les modalités d'apurement prévisionnel de ce dernier.

→5. Transférer à la CADES (en la dotant de ressources adaptées) la part du besoin de trésorerie de l'ACOSS qui excède les décalages infra-annuels.

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

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 2008, l'ONDAM a été fixé à 152 Md€ (+2,8% par rapport à une base de 147,9 Md€). Il a connu un dépassement de 0,9 Md€, concentré sur les soins de ville.

### Les soins de ville

Ce dépassement s'explique principalement par la non réalisation de certaines des économies arrêtées durant l'été 2007. Ce plan prévoyait 2,9 Md€ d'économies mais les réalisations ont été nettement inférieures (2,1 Md€) notamment en matière de maîtrise médicalisée et d'indemnités journalières.

### L'ONDAM hospitalier

Un léger dépassement (140 M€) des dépenses relevant de l'ONDAM hospitalier (67,7 Md€ en 2008) est observé. De plus, la Cour signale l'existence au sein de l'ONDAM hospitalier de dépenses dites non régulées (d'un montant de 759 M€) correspondant pour l'essentiel, à des dépenses hospitalières effectuées par

des patients étrangers. Ces dépenses rendent moins lisible le suivi des dépenses hospitalières et devraient, en conséquence, être sorties du champ de l'ONDAM ou donner lieu à régulation.

### L'ONDAM médico-social

Il regroupe les financements de l'assurance maladie couvrant les dépenses de soins au profit des personnes handicapées (pour 7,4 Md€) et âgées (pour 5,5 Md€), en établissement ou à domicile, soit 12,9 Md€ en 2008. Ces dépenses continuent à progresser rapidement (+10% de 2007 à 2008).

L'ONDAM médico-social est la composante principale de l'objectif global de dépenses (OGD) de ce secteur alimenté par ailleurs par une contribution de la caisse nationale de solidarité et d'autonomie de l'ordre de 1,3 Md€. Mais, en raison d'une montée en charge moins rapide que prévu des équipements pour personnes âgées, des sous consommations récurrentes de l'OGD (de l'ordre de 0,5 Md€ par an) sont constatées chaque année ce qui devrait conduire à ajuster, à l'avenir, le montant de l'ONDAM médico-social aux besoins réellement constatés.

# L'objectif national de dépenses d'assurance maladie

## Recommandations

➔6. Mieux expliciter, dans l'annexe sept au PLFSS, les opérations affectant le périmètre de l'ONDAM ou de ses composantes.

➔7. Extraire du champ de l'ONDAM les dépenses n'ayant pas vocation à être régulées.

➔8. Demander à la Haute autorité de santé (HAS) d'établir un référentiel définissant les cas dans lesquels la

réalisation d'actes peu invasifs peut relever d'un séjour hospitalier ou justifier des suppléments tarifaires.

➔9. Procéder à une analyse approfondie des causes de la sous-consommation récurrente concernant le secteur des personnes âgées et ajuster en conséquence le montant de l'ONDAM médico-social.

## 3 Les contrôles effectués sur l'Etat employeur

L'Etat employeur a versé au régime général plus de 9 Md€ de cotisations en 2008. Les paiements des administrations centrales sont contrôlés par la Cour, ceux des services déconcentrés par les URSSAF et les CGSS.

La faiblesse des redressements (1,3 M€) notifiés par les URSSAF aux 175 services déconcentrés contrôlés témoigne que les règles relatives aux prélèvements sociaux sont globalement bien appliquées.

En 2008, la Cour a dressé un constat similaire pour les administrations centrales, après avoir examiné les versements des ministères de l'intérieur, des affaires étrangères, de la défense, de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, de la santé, de l'équipement, du budget et de l'économie. Les montants des anomalies qui ont pu être chiffrées sont faibles, sauf pour le ministère de la défense.

Les anomalies les plus fréquentes concernent l'absence de versement de cotisations :

- pour certaines catégories d'agents (ainsi des réservistes de l'armée de l'air) ;

- sur certains types de rémunérations (par exemple des vacances) ;

- sur des indemnités présentées à tort comme représentatives de frais professionnels (ainsi des indemnités journalières d'absence temporaire versées aux gendarmes mobiles) ;

- sur des avantages en nature (réduction SNCF en faveur des militaires, logements de fonctions...) ;

- sur des prestations d'action sociale.

Dans le cadre de la refonte de l'organisation de la paye de l'Etat et de la création d'un opérateur national de paye, l'administration a entrepris un réexamen systématique des indemnités pour lesquelles aucune contribution n'est versée. Le ministère de la défense doit, en ce qui le concerne, réexaminer les exonérations afférentes à une vingtaine d'indemnités versées aux militaires.

### Recommandation

→ 10. Assujettir les indemnités qui échappent à tort aux prélèvements sociaux, en particulier les indemnités

journalières d'absence temporaire (IJAT) et les indemnités d'établissement à l'étranger.

## 4 Les contrôles réalisés sous la surveillance de la Cour

### Les contrôles sélectifs du réseau d'alerte

Depuis 2008, le contrôle des organismes de sécurité sociale est réalisé dans le cadre du réseau d'alerte mis en place suite à la suppression des comités régionaux d'examen des comptes (COREC). 18 organismes ont été contrôlés par la Cour et les administrations partenaires (finances, agriculture et affaires sociales).

La Cour a pris note du contexte nouveau de restructuration des réseaux, l'objectif de départementalisation induisant une diminution du nombre des caisses dans trois des quatre branches du régime général. Dans les autres régimes (mines, industries électriques et gazières, RSI et régime agricole) les réorganisations récentes ou en cours aboutissent également à un resserrement important du nombre des organismes de base.

### Les principaux enseignements des contrôles

L'analyse des indicateurs montre une amélioration de la productivité, notamment dans la branche maladie du régime général et dans le régime agricole. Diverses insuffisances demeurent cependant. Ainsi la trop longue

durée des mandats des équipes de direction (des durées supérieures à 10-15 ans sont fréquentes) ne contribue guère à la résolution rapide des difficultés rencontrées par certaines caisses. De même, les procédures de recrutement sont apparues, dans plusieurs organismes, trop peu rigoureuses.

### Le pilotage national des caisses générales de sécurité sociale (CGSS)

Dans les départements d'outre-mer, la gestion des régimes général (à l'exception de la branche famille) et agricole est assurée par une seule caisse. Or les performances de ces caisses demeurent insuffisantes, ce qui pose la question de l'efficacité du pilotage assuré par les caisses nationales.

Face à ces constats, les caisses nationales ont mis en œuvre divers plans d'actions, aux résultats encore décevants. Sont ainsi nécessaires, une implication plus forte des caisses nationales dans le choix des équipes de direction et l'élargissement des compétences de la mission de coordination, créée en 2005.

## Recommandations

→ 11. Prévoir des règles de gestion des agents de direction, afin de limiter la durée maximale de fonction sur un même poste.

→ 12. Rendre plus transparentes et plus formalisées les procédures de recrutement pour les employés et les cadres des caisses.

→ 13. Renforcer l'intervention des caisses nationales dans la nomination et

la sanction des directeurs des CGSS, mais aussi des agents de direction responsables de branches.

→ 14. Elargir les compétences et les attributions de la mission de coordination des caisses nationales vis-à-vis des CGSS.

## 5 L'organisation de l'hôpital

A partir d'un échantillon de cinq CHU et d'une quarantaine de centres hospitaliers, pour trois types de services (maternité, pneumologie et chirurgie orthopédique), la Cour et six chambres régionales ont cherché à apprécier l'incidence des facteurs organisationnels sur les coûts.

### Des résultats étonnamment hétérogènes

La diversité des cas traités, plus ou moins complexes en moyenne selon les établissements, ne suffit pas à expliquer

l'ampleur des écarts relevés. Ceux-ci s'observent dans tous les domaines, qu'il s'agisse du nombre de types de séjours (GHS) utilisés, du nombre de professionnels (aussi bien médecins que non-médecins) mobilisés par lits ou par chiffre d'affaires, de la durée moyenne de séjours ou encore du taux d'occupation...

Logiquement, les résultats financiers révèlent eux aussi cette diversité.

### Ampleur des écarts entre les hôpitaux

	nombre de GHS* codés	PM/lit	PNM/lit	séjours/lit	PMCT*	DMS*	Recette/lit	taux occup.
Pn.	1 à 2	1 à 10	1 à 3	1 à 4	1 à 3,3	1 à 4	1 à 2	1 à 3
Ch.O	1 à 3	1 à 8	1 à 3	1 à 3	1 à 2,5	1 à 3	1 à 3	1 à 2
Mate	1 à 16	1 à 5	1 à 4	1 à 4	1 à 4	1 à 3,4	1 à 3,4	1 à 3,3

Source : Cour et CRC pour ces indicateurs (rapport entre les valeurs maximales et minimales)

\*GHS : groupe homogène de séjours ; PMCT : poids moyen du cas traité ; DMS : durée moyenne de séjour.

Quelques enseignements peuvent être tirés des données rassemblées par l'enquête.

D'abord, des progrès sont possibles dans tous les établissements. Une situation favorable n'est nulle part constatée pour tous les services. À l'inverse, le cumul de situations relatives dégradées dans les trois types de services est rare.

Ensuite, le lien entre les résultats financiers et le niveau des recettes est moins bien établi que la relation entre résultats financiers et niveau de dépenses. Cela suggère que les stratégies d'augmentation de l'activité sont moins efficaces que le souci d'économie de moyens.

## Des bonnes pratiques trop peu diffusées

La recherche d'explications causales plus fines conduit à confirmer des constats déjà faits par la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH).

Les coûts liés au fonctionnement des blocs opératoires représentent une part souvent déterminante du coût du séjour (jusqu'à 40 % pour la chirurgie orthopédique). Or les effectifs d'infirmières spécialisées (anesthésistes et de blocs opératoires) pour 5 000 actes varient de 1 à 4, ce qui renvoie au moins pour partie à des questions d'organisation.

L'incidence sur les coûts des choix faits, pour organiser le parcours du patient, le suivre d'un service à l'autre, organiser et prévoir la sortie apparaît également importante.

L'organisation des urgences, peut être plus ou moins coûteuse (le coût du passage varie là aussi de 1 à 5 pour les établissements de l'échantillon) selon qu'existe un tri efficace à l'accueil et que les examens complémentaires (radiologiques et biologiques) sont plus ou moins sélectifs (ils peuvent constituer de 1% à 10% du coût du séjour, en moyenne).

## L'apport à confirmer de la réforme de la gouvernance.

L'amélioration de l'organisation interne des hôpitaux suppose des structures et des outils adaptés. L'association des médecins aux décisions, dans le cadre des conseils exécutifs (devenus directoires avec la loi HPST), en plus des commissions médicales d'établissement, a paru constituer un progrès apprécié.

La mise en place des pôles, en revanche, est récente et variable selon les établissements. Le nombre de services regroupés, l'étendue des missions et des délégations confiées à ces pôles, varient fortement, d'un établissement à l'autre.

# L'organisation de l'hôpital

En outre, il est rare que les outils permettant d'associer les médecins aux choix de gestion soient disponibles. Des données pourtant essentielles au pilotage des pôles comme celles relatives à l'absentéisme, aux gardes et astreintes, aux temps d'attente des patients font défaut. Et même là où des outils efficaces existent et où des données complètes sont rassemblées, elles sont rarement diffusées aux interlocuteurs dans les pôles.

De ce fait, le pôle n'est encore que rarement l'échelon souhaité de dialogue sur les évolutions médico-économiques des établissements de santé.

## Recommandations

→ 15. Intégrer dans un avenant aux actuels CPOM et dans les futurs CPOM :

- a) un calendrier de déploiement d'une comptabilité analytique pertinente et des tableaux de bord associés ;
- b) une analyse des secteurs d'activité présentant des surcoûts, afin

de corriger les dysfonctionnements et de réduire les écarts de productivité.

→ 16. Donner aux responsables de pôle les outils de connaissance sur leur activité et les compétences appropriées afin que le pôle devienne le bon niveau du dialogue de gestion.

## 6 Plan hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers

### Un effort d'investissement indispensable

Le plan de relance des investissements mis en place dans le cadre du plan hôpital 2007 s'est traduit par des dépenses d'investissement supplémentaires de 16 Md€ sur la période 2003-2007. 90 % des opérations étaient de nature immobilière.

La vétusté de certaines installations, ainsi que des enjeux de qualité des soins, mais aussi de conditions de travail et d'accueil des usagers, rendaient nécessaire cet effort d'investissement. La Cour l'a analysé au plan national et, plus particulièrement, dans quatre régions (Aquitaine, Bourgogne, Haute-Normandie, Rhône-Alpes).

#### *Un financement reposant essentiellement sur un mécanisme d'aide à l'emprunt*

L'essentiel du financement du plan a reposé sur des aides en fonctionnement prélevées sur l'ONDAM hospitalier, visant spécifiquement à couvrir les charges financières résultant d'opérations d'emprunt. Ces aides en fonctionnement et ces ressources d'emprunt ont été complétées par des subventions en capital versées par un fonds financé par l'assurance maladie. Dans l'ensemble, les aides ont représenté près de 6 Md€ sur la période 2003-2007.

S'y sont ajoutés des soutiens financiers directs, des ARH ou du

ministère, dans des conditions parfois critiquables.

### Des modalités de mise en œuvre perfectibles

#### *Une faible sélectivité des projets*

Si la cible -l'accélération des investissements hospitaliers- était bien définie, les besoins ont été assez mal cernés lors du lancement du plan. Variables selon les régions, les modalités de sélection des projets se sont avérées en général peu discriminantes. De ce fait, un très grand nombre d'opérations ont été retenues. Mécaniquement, le taux d'accompagnement financier des opérations par les aides du plan a donc diminué, jusqu'à 37,5 %, au lieu des 100 % initialement prévus.

En outre, dans un contexte instable, dû à l'introduction de la T2A, le choix des projets d'investissements retenus n'a guère reposé sur une analyse préalable du retour sur investissement attendu, pas plus que sur des prévisions raisonnables d'activité ou sur une analyse de la situation concurrentielle locale.

#### *Un pilotage imparfait*

L'outil développé pour le suivi de la réalisation du plan, mal adapté, n'a été que partiellement utilisé. Le suivi a été éclaté entre plusieurs structures (DHOS, ARH, mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier -MAINH-).

# Plan hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers

Il s'est essentiellement focalisé sur le rythme de réalisation des objectifs annoncés, plutôt que sur la qualité ou la viabilité des opérations financées, à défaut, notamment, d'indicateurs adaptés dûment renseignés et exploités par la tutelle. Les conséquences des investissements nouveaux sur la situation financière des établissements ont été, en particulier, peu examinées. Enfin, les procédures de restitution de crédits prévues en cas d'abandon de projet ou de retard supérieur à un an n'ont pas été engagées.

## Un bilan contrasté

### *Un impact difficile à apprécier*

Le plan a beaucoup contribué à la modernisation des hôpitaux, notamment par 123 opérations de reconstruction partielle ou totale, au moyen d'un triplement du rythme de la dépense par rapport à celui observé au début des années 2000. Toutefois, un bilan d'ensemble reste encore à établir, à partir d'un nombre significatif d'établissements.

L'absence de suivi fiable du taux de vétusté est l'une des principales causes de la difficulté à dresser le bilan du plan,

en l'absence de constats actualisés sur l'état des bâtiments (les seules données comptables disponibles sont insuffisantes).

### *Des conséquences financières sous-estimées pour les établissements*

Le dépassement important du nombre d'opérations retenues, couplé à un mode de financement reposant essentiellement sur l'emprunt du fait d'un taux d'accompagnement moindre que prévu, a contribué à dégrader la situation financière des établissements dans une mesure encore difficile à apprécier.

De plus, les coûts induits par le fonctionnement des équipements nouveaux viendront accroître les charges des hôpitaux, d'autant plus que de nombreux projets ont été surdimensionnés et reposaient sur des prévisions d'activité trop optimistes.

\*\*\*

Alors que toutes les opérations du plan 2007 n'ont pas encore abouti, un plan « hôpital 2012 », prolongement du précédent, a d'ores et déjà été lancé. Mais pour sa première tranche, les modalités de sélection des projets et les conditions de pilotage du plan n'ont que peu évolué.

## Recommandations

► 17. Pour les opérations relevant du plan hôpital 2007, réexaminer les projets peu ou pas avancés à ce jour afin de déterminer s'il y a lieu d'appliquer la procédure de restitution des crédits.

► 18. Pour le plan hôpital 2012 :

- dans la phase de sélection des projets, intégrer les perspectives d'activité des établissements pour

apprécier le calibrage des opérations d'investissements ;

- organiser un suivi spécifique des opérations dépassant 50 M€ par exemple ;

- définir des indicateurs de suivi des investissements hospitaliers et bâtir un outil permettant de recueillir auprès des ARH ou des futures ARS des informations homogènes et validées, notamment du point de vue du retour sur investissement.

## 7 La mise en oeuvre de la T2A : bilan à mi-parcours

La réforme du financement des établissements de santé, engagée en 2005, a substitué la tarification à l'activité (T2A) au financement par dotations globales et doit être mise en œuvre de manière graduelle jusqu'en 2012. A fin 2008, alors que la période de transition prévue était à mi-parcours, la Cour a examiné les conditions d'application de cette réforme.

### Des principes simples, des règles complexes

La réforme poursuit un objectif simple : rémunérer l'activité et non plus la structure en fixant un tarif identique pour un même séjour, quel que soit l'établissement et cela au sein d'un même secteur - il s'agit alors de « convergence intra-sectorielle » ; ou entre les secteurs (public et privé) - c'est la « convergence inter-sectorielle ».

Les modalités d'application sont plus complexes, ajoutant aux tarifs (groupes homogènes de séjours - GHS), supposés refléter les coûts, des dotations (notamment pour les missions d'intérêt général -MIGAC), des rémunérations forfaitaires et des enveloppes hors tarifs (par exemple pour les molécules onéreuses).

### Une réforme rendue opaque

En outre, les choix retenus par la tutelle, afin de maîtriser l'évolution des dépenses se sont révélés très peu

lisibles : des économies de fonctionnement supposées ont été appliquées de manière forfaitaire, sans documentation suffisante, afin de permettre d'afficher un taux de croissance de l'ONDAM hospitalier plus faible. Dans le même temps, la hausse d'activité anticipée a été surévaluée, ce qui avait pour effet de réduire les hausses tarifaires consenties.

La part de la T2A rémunérant les établissements devant monter en charge progressivement, une dotation annuelle complémentaire (DAC) était accordée en complément, sa part diminuant au fur et à mesure de la croissance de la T2A. Mais cette DAC a été sous revalorisée pour maîtriser les dépenses, ce qui n'était pas sa fonction. Dès lors, quand en 2008 il a été décidé d'appliquer la T2A à 100 %, les tarifs ont dû être recalculés à la baisse pour tenir compte de la sous indexation de la DAC. Ceci a généré opacité et incompréhension.

La part des MIGAC, essentiellement destinées au secteur public, a fortement augmenté, notamment dans sa dimension AC (aide à la contractualisation) permettant ainsi d'accorder des aides financières complémentaires aux hôpitaux en difficulté. Le secteur privé a dénoncé les conséquences de la croissance de la part des MIGAC accordées au secteur public. Or, le bilan dressé par la Cour fait apparaître que le secteur public a autofinancé ces MIGAC par une sous revalorisation des tarifs GHS, ainsi que le démontre le tableau ci-après.

# La mise en oeuvre de la T2A : bilan à mi-parcours

## Quel secteur finance quoi ?

	T2A publique	MIGAC publiques	T2A privée	T2A totale
Bases initiales 2005	30 130	4 320	7 939	42 389
Avec taux T2A affiché toutes enveloppes	34 529	4 951	9 098	48 578
Objectif 2008	32 932	6 508	9 395	48 835
Différence	- 1 597	+ 1 557	+ 297	+ 257
Total public	- 40		+ 297	+ 257

Source : Cour (objectifs 2008/bases initiales 2005)

Note de lecture : Sur la période 2005-2008 on compare le montant qui résulterait du taux affiché de croissance (+14,6 % soit +3,47 % en moyenne par an) avec le montant qui résulte des objectifs de l'ONDAM 2008. L'écart constaté agrège tous les effets (opérations sur bases, transferts et différenciation de taux).

## Des tarifs et des recettes insuffisamment fondés

Les recettes en provenance de l'assurance maladie sous formes de tarifs sont encore mal articulées avec les coûts et le taux de couverture des charges par les tarifs est difficile à cerner. L'application de « coefficients géographiques », majorant de manière forfaitaire les tarifs dans certaines régions (DOM, Corse et région parisienne) aggrave de probables distorsions.

Les recettes en provenance des assurés sont en sensible augmentation, ainsi de celles résultant de l'application du ticket modérateur à des tarifs spécifiques (dits tarifs journaliers de prestations), déconnectés des tarifs GHS. L'activité externe, quant à elle, a vu le taux du ticket modérateur

applicable fixé à 20%, au risque de créer une distorsion avec celui applicable aux soins de ville. Enfin les recettes non remboursables par l'assurance maladie (par exemple les suppléments pour chambre individuelle) ont progressé de manière rapide, dans le secteur privé comme dans le secteur public.

## Des perspectives d'évolution encore peu lisibles

De multiples aménagements sont intervenus de 2006 à 2008, notamment du fait des changements de versions de la classification des groupes homogènes de malades (GHM) qui fondent la répartition des recettes. Ces changements, à somme nulle pour l'assurance maladie, ont eu des effets non anticipés de redistribution de

# La mise en oeuvre de la T2A : bilan à mi-parcours

recettes entre établissements. De plus l'information qui leur a été tardivement communiquée était pauvre.

En mars 2009, une nouvelle version dite V11 a de nouveau profondément modifié la structure antérieure des GHM, en faisant passer leur nombre de 950 à 2 500 et par l'introduction de la notion de « sévérité » des cas traités.

Dans le même temps, les dotations MIGAC ont augmenté, sans pour autant être toujours fondées sur des bases objectives et vérifiées. A l'intérieur de ces dotations, c'est la part consacrée « aux aides à la contractualisation », distribuées par les ARH, qui a le plus progressé au cours des années récentes. Si leur existence est légitime, leur forte croissance (+ 12,1 % entre 2005 et 2009) a pu contribuer à maintenir les ressources historiques de certains

établissements, atténuant ainsi la nécessité d'initier des réorganisations internes permettant de dégager des économies.

Les dotations MIGAC sont en effet attribuées de manière presque exclusive aux établissements publics. Leur progression permet de diminuer en apparence l'écart entre les tarifs appliqués au secteur public et au secteur privé. Couplée à la question toujours ouverte de la rémunération des actes des praticiens dans le secteur privé en sus des GHS et hors de la T2A, cette évolution accroît la différenciation du financement entre les deux secteurs.

Le modèle de financement cible doit donc être clarifié. L'objectif de convergence intersectorielle, d'ores et déjà reporté à 2018, devrait donc être réévalué.

## Recommandations

→ 19. Appliquer au ticket modérateur de l'activité externe (consultations, actes et forfaits associés) réalisée dans les deux secteurs d'établissements le même taux que celui des soins de ville, à savoir 30 %.

→ 20. A l'avenir, imposer un calendrier de notification précoce des mesures tarifaires permettant aux établissements d'anticiper leurs conséquences et de leur donner leur plein effet en termes d'organisation interne.

→ 21. Stabiliser le dispositif actuel et donc conserver pendant au moins

trois ans les règles mises en place en 2009, afin d'éviter aux établissements de subir de nouveaux bouleversements.

→ 22. Utiliser cette période pour finaliser les travaux de fond, en particulier ceux relatifs :

a) à la valorisation standardisée des MIG, afin de faire disparaître la valorisation des missions par les coûts historiques propres à chaque établissement ;

b) à la clarification du modèle de fixation des tarifs et à son application rigoureuse.

## 8 Le contrôle médical

Le contrôle médical dans le régime général emploie 9 200 personnes (médecins et agents administratifs). Il porte à la fois sur les assurés, sur les professionnels de santé et sur les établissements.

Le partage des tâches entre ces missions distinctes pose problème car le contrôle médical a toujours consacré la plus grande partie de ses moyens (75% en y incluant la logistique) au contrôle exhaustif des demandes individuelles des assurés.

### Une réforme inachevée

La réorganisation de 2004 a conduit à renforcer le pilotage national du réseau du contrôle médical. Elle a aussi abouti, au niveau central, à supprimer le cloisonnement entre personnels médicaux et personnels administratifs.

Mais les insuffisances des systèmes d'information des services médicaux et de ceux des caisses ont pour effet que la productivité de ces services ne peut actuellement être correctement évaluée.

### Le contrôle individuel des prestations

Plus de cinq millions d'avis individuels ont été émis en 2007 sur des demandes de prise en charge de prestations relatives essentiellement aux ALD, à l'invalidité, aux AT/MP et aux arrêts de travail. Parallèlement le

contrôle médical est destinataire de près de 17 millions de demandes d'ententes préalables par an.

### *Un contrôle des ALD rénové*

À l'exception de quelques pathologies spécifiques, les demandes de reconnaissance ou de prolongation d'ALD (2,3 millions d'avis en 2007) ne donnent lieu qu'à très peu d'avis défavorables (6,7 % sur les nouvelles demandes)

La CNAMTS a mis en œuvre des mesures de simplification du traitement de ces dossiers, comme l'acceptation d'éléments déclaratifs du médecin traitant ou, à titre expérimental, la délégation du contrôle aux techniciens administratifs. Mais, si elles fluidifient les traitements de masse, ces simplifications vident l'avis du contrôle médical de toute pertinence, d'autant qu'elles ne s'accompagnent pas de contrôles a posteriori ciblés qui permettraient de réexaminer certaines décisions d'admission.

La Cour recommande donc que le contrôle des médecins conseils soit maintenu pour les seules ALD qui présentent les plus forts taux d'avis défavorables. Les médecins traitants devraient se voir attribuer la responsabilité de l'admission pour les autres ALD. Enfin, les contrôles a posteriori sur les ALD devront être développés.

*Un renouvellement des autres méthodes de contrôle.*

Les autres méthodes de contrôle doivent elles aussi évoluer. Les mises sous accord préalable (introduites par la loi du 13 août 2004 et consistant en un contrôle sélectif des pratiques médicales les plus atypiques) pourraient ainsi se substituer, en partie, aux ententes préalables, qui ne donnent lieu qu'à des traitements administratifs sans valeur ajoutée.

*Le contrôle des arrêts de travail et des AT-MP*

Le contrôle des arrêts de travail constitue une priorité de la branche. Il repose sur un contrôle systématique des arrêts de plus de 45 jours et un contrôle ciblé des arrêts de durée inférieure. S'il s'est avéré globalement bien organisé et efficace, la Cour s'interroge néanmoins sur les fortes disparités constatées entre régions, les taux d'avis défavorables variant du simple au double. Les mêmes pratiques hétérogènes ont été relevées dans l'instruction des demandes d'invalidité ou d'AT-MP.

## Les autres missions du contrôle médical

Les relations avec les professionnels de santé et le contrôle contentieux constituent les deux autres missions du contrôle médical.

La première consiste à participer aux instances conventionnelles et à accompagner des professionnels de santé, en tenant des entretiens confra-ternels sur les thèmes de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Le contrôle contentieux est le secteur qui devrait être le plus fortement développé, en raison des enjeux financiers. Le contrôle de la tarification à l'activité des établissements hospitaliers (T2A) constitue notamment l'un des secteurs d'intervention les plus importants de ce type de contrôle. La CNAMTS y a estimé, de manière prudente, à environ 55 M€ les anomalies potentielles (fraudes, fautes et abus).

Mais cette procédure de sanction financière, qui fait l'objet d'une réglementation trop complexe, n'est encore que partiellement mise en œuvre dans les régions. Huit ARH seulement l'ont utilisée en 2007 et seuls 22 établissements publics et 19 cliniques se sont vu notifier des sanctions.

## Recommandations

- 23. Limiter strictement les ententes préalables aux prestations à risque.
- 24. Développer les mises sous accord préalable.
- 25. Pour les ALD :
  - a) maintenir un contrôle a priori des admissions en ALD pour les seules affections présentant les taux d'avis défavorables les plus élevés ;
  - b) développer en contrepartie les contrôles a posteriori issus de ciblage statistiques visant à vérifier la réalité des ALD et la qualité de la prise en charge des patients.
- 26. Développer le contrôle externe de la T2A dans les établissements de santé.
- 27. Développer un dispositif de mesure de la productivité adapté aux différentes missions.

## 9 Les centres d'examens de santé

Le code de la sécurité sociale fait obligation aux caisses d'assurance maladie de proposer périodiquement aux assurés un examen de santé gratuit. Des centres d'examens de santé (CES) ont été créés ou conventionnés à cet effet par les caisses du régime général. Contrairement aux centres de santé, ces structures ne sont pas habilitées à délivrer des soins.

En 2009, ce réseau compte 112 centres employant près de 1 500 ETP pour un budget d'environ 150 M€.

La Cour a examiné leur pilotage par la CNAMTS et s'est interrogée sur l'utilité des examens de santé.

### Un défaut de pilotage

La CNAMTS s'est impliquée tardivement dans le suivi des centres d'examens de santé. Les éléments d'information qu'elle recueille sur leur activité sont récents et encore incomplets.

Le CETAF (centre technique d'appui et de formation des centres), créé en 1994, n'étant pas en situation hiérarchique par rapport au réseau, n'a jamais pu véritablement jouer le rôle d'impulsion et de coordination qui lui avait été confié par la CNAMTS.

Bien que la COG 2006-2009 ait prévu la mise en place d'indicateurs d'activité, les CPAM concernées n'ont pas intégré d'objectifs relatifs à la

gestion des CES dans leurs contrats pluriannuels de gestion.

### Des structures insuffisamment suivies

La démarche de recueil systématique de l'information sur la base d'indicateurs d'activité et de gestion, que la CNAMTS a initiée en 2007, n'est pas encore fiable. Cela a eu pour première conséquence une reconduction mécanique des dotations budgétaires des structures, sans prendre en considération le volume ou la qualité de leur activité. Le dispositif d'allocation budgétaire liée à des activités préalablement normalisées, qui devrait s'y substituer, n'est pas à ce jour opérationnel.

Parallèlement, le logiciel de gestion des examens périodiques de santé (EPS) est obsolète mais son remplacement ne devrait pas intervenir avant 2011.

Enfin, la comptabilité analytique ne permet pas de connaître précisément les éléments constitutifs du coût des examens. Les coûts des unités d'œuvre présentent de ce fait une dispersion importante en grande partie inexplicée.

### Une utilité contestable

L'enquête a montré que les EPS sont insuffisamment ciblés, disparates selon les endroits et ont un coût unitaire moyen élevé et croissant, pour un bénéfice médical non démontré.

# Les centres d'examens de santé

## *Le ciblage des assurés précaires*

Les centres d'examens de santé reçoivent 600 000 personnes chaque année (soit 1,3 % des assurés).

Ils devraient prioritairement accueillir les populations non bénéficiaires d'autre systèmes de prévention (inactifs, demandeurs d'emploi, titulaires de la CMU, retraités...) et proposer aux plus précaires un examen périodique tous les deux ans (contre cinq ans pour la population générale).

Mais ce ciblage est peu effectif, faute de volonté des centres. De ce fait, le taux de population précaire accueillie par rapport à la totalité des examens de santé effectués dans l'ensemble des centres d'examens de santé plafonne à 30 % ou 40 % selon les indicateurs retenus.

## *Un contenu d'examen variable*

La variabilité du contenu des examens, pour lesquels il n'existe pas à l'heure actuelle de référentiel commun, constitue une seconde faiblesse du dispositif.

L'EPS n'a pas le même contenu dans tous les centres. Il varie selon la palette des examens, investigations ou consultations qu'ils peuvent offrir.

## *Un coût moyen croissant*

Le coût moyen de l'examen se situe aux alentours de 220 €, avec une grande dispersion selon les structures (entre 150 € et 400 €). L'enquête n'a pas permis d'établir une corrélation entre le coût et les caractéristiques des examens (présence ou non d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale par exemple) ou des populations accueillies.

En conclusion, la Cour s'interroge, comme elle l'avait déjà fait en 1999, sur l'utilité et donc sur l'avenir des centres de santé.

Le bénéfice individuel qu'en retirent les assurés, comme celui plus général d'amélioration de la santé de la population française ne sont pas démontrés, faute d'une véritable évaluation médico-économique de ce dispositif.

De plus, les besoins médicaux eux-mêmes ont changé. Ils ne sont plus ceux de l'après guerre lorsque l'examen de santé gratuit a été instauré.

La question du maintien du réseau en l'état est donc posée.

Une transformation de certains centres en centres de soins pourrait être envisagée, là où des besoins avérés existent.

## Recommandations

➔28. Transformer les centres d'examens de santé en centres de santé, là où les besoins sont démontrés et fermer ceux pour lesquels cette orientation ne peut être envisagée.

➔29. Dans l'immédiat, faire assurer le pilotage des centres d'examens de santé directement par la CNAMTS.

## 10 Les contrôles d'assiette des URSSAF

Le contrôle sur place, en entreprise, des déclarations de cotisations et contributions sociales, par les inspecteurs du recouvrement, constitue l'une des principales activités des URSSAF.

La Cour a examiné les objectifs assignés à ce contrôle et ses modalités d'exercice dans huit organismes, représentatifs des différentes catégories d'URSSAF.

### Le pilotage et le cadrage peuvent être améliorés

Hormis la réorganisation du contrôle des très grandes entreprises et l'augmentation de la fréquence de contrôle des plus petits employeurs, la COG 2006-2009 n'a pas clarifié les objectifs de la branche en matière de contrôle des cotisants.

L'ACOSS publie annuelle-ment une circulaire sur le programme national de contrôle. Mais la définition d'une politique générale, qui permettrait aux URSSAF de fixer leurs propres objectifs, leurs plans locaux et régionaux, fait encore défaut.

L'élaboration de plans « ciblés » ou thématiques (sur un segment de cotisants, un secteur professionnel ou géographique), la programmation de contrôles aléatoires ou encore la recherche des employeurs jamais contrôlés, mériteraient en particulier d'être retenues.

Par ailleurs, il appartient à l'ACOSS de fixer et de diffuser les règles déontologiques propres à cette activité et d'inciter les unions à mettre en œuvre un certain nombre de bonnes pratiques déjà identifiées, relatives par exemple à la rotation géographique régulière des inspecteurs ou à la supervision de l'apurement des actions de contrôle.

### L'encadrement des inspecteurs est une fonction essentielle

Le renforcement du management des inspecteurs a été entrepris depuis quelques années. Néanmoins, des efforts supplémentaires ont paru nécessaires dans les organismes contrôlés. La programmation des plans de contrôle individuels et le suivi de leur exécution, l'harmonisation des décisions, l'information sur les nouveaux dispositifs appellent notamment une attention accrue.

Le principal objectif assigné aux inspecteurs consiste en un nombre de contrôles d'assiette à réaliser. La fréquence des redressements est souvent suivie également. En revanche, le nombre des motifs de redressement utilisés ou leur variété ne sont que trop rarement examinés par les responsables du contrôle.

De la même façon, le nombre élevé de contrôles en retard sur plusieurs

# Les contrôles d'assiette des URSSAF

exercices n'a pas suscité de réponse suffisante dans certaines caisses.

A l'issue de leur contrôle, les inspecteurs rédigent un rapport et adressent au cotisant une lettre d'observations indiquant le montant du redressement envisagé. Les outils informatiques mis à la disposition des inspecteurs ont permis d'améliorer le contenu de ces documents et de sécuriser juridiquement les relations avec les cotisants.

En revanche, la plupart de ces lettres d'observations sont adressées sans être vues par la hiérarchie en raison de seuils de supervision par les responsables souvent très élevés (15 000€ dans les Hauts de Seine, 30 000€ dans le Val de Marne).

## Les résultats d'activité dans les organismes contrôlés

Bien que présenté par l'ACOSS comme une activité majeure de son réseau, le contrôle comptable d'assiette mobilise assez peu de ressources localement. Outre les contrôles en entreprise, les inspecteurs assument en effet d'autres activités (notamment la lutte contre le travail illégal, le conseil et la prévention...) qui réduisent d'autant le temps effectivement consacré aux contrôles d'assiette.

Une productivité insuffisante a été relevée dans certaines équipes qui

cumulent un retard dans l'exécution des plans annuels, un faible nombre de contrôles réalisés par an et par inspecteur ainsi qu'une utilisation réduite des différents motifs de redressements.

Les résultats globaux de ces URSSAF s'en ressentent.

La Cour a examiné les résultats des unions de l'échantillon au regard de quelques indicateurs d'activité (taux de couverture du fichier, taux de redressement des cotisations, taux de ciblage) afin de définir les améliorations à apporter au dispositif et de garantir un fonctionnement normal des services du contrôle dans tous les organismes et un traitement équivalent des cotisants en n'importe quel point du territoire.

Il en ressort que la question de la taille critique des équipes d'inspecteurs doit faire l'objet d'un examen précis par la branche. Les effectifs inférieurs à une dizaine d'ETP, cas fréquents, ne permettent pas aux URSSAF concernées d'assurer correctement la totalité de leurs missions.

L'intégration de ces fonctions de contrôle dans un ensemble régional plus vaste (comme cela a déjà été mis en œuvre pour le contrôle des très grandes entreprises) doit également être étudiée.

## Recommandations

→ 30. Expliciter et hiérarchiser les missions confiées aux services de contrôle des cotisations et en déduire des indicateurs et des cibles diversifiés et complémentaires dans les CPG.

→ 31. Confirmer le niveau régional comme échelon de pilotage des contrôles et de la gestion des inspecteurs du recouvrement.

→ 32. Rendre obligatoire aux niveaux national et régional une

cartographie détaillée des risques préalablement à l'établissement des plans de contrôle.

→ 33. Conditionner les promotions des inspecteurs à l'amélioration de la productivité et de la qualité des contrôles et envisager une individualisation des primes.

## 11 La durée d'assurance dans le calcul des droits à la retraite

La Cour a examiné les conditions de constitution de la durée d'assurance. Paramètre central dans la formule de calcul des pensions, la durée d'assurance détermine le taux de liquidation de la pension et est également utilisée pour le calcul de la part de pension due par chacun des régimes auxquels a appartenu l'assuré.

### Un dispositif peu lisible

De nombreux mécanismes permettent l'acquisition de trimestres pris en compte pour la durée d'assurance.

A titre principal, les droits sont acquis en contrepartie de cotisations. Un trimestre est validé dès lors que la rémunération professionnelle sur laquelle sont assises les cotisations sociales représente 200 heures de SMIC et ce, jusqu'à quatre trimestres par année civile. La durée d'assurance n'est donc pas une durée calendaire, mais une fonction du montant des revenus professionnels soumis à cotisations.

Sous certaines conditions, les périodes d'interruption de l'activité professionnelle du fait de la réalisation d'un risque social (maladie, chômage indemnisé ou non, accident du travail...) ou de certains événements (maternité, service national...) sont prises en compte pour la durée

d'assurance par le biais de l'octroi de périodes dites « assimilées ».

Enfin, divers dispositifs permettent de reconstituer une carrière passée (en l'absence de versements de cotisations), de compléter les droits acquis ou de prendre en compte les enfants élevés.

### Des effets redistributifs significatifs

#### *Une logique de solidarité*

Les règles d'acquisition des trimestres pour la durée d'assurance produisent des effets redistributifs significatifs. Les règles de base de validation des périodes cotisées constituent en soi déjà un discret mécanisme de solidarité, en raison du caractère généreux du seuil retenu de 200 heures de SMIC<sup>(4)</sup>. La redistribution est un objectif plus explicite, pour les périodes assimilées et la prise en compte des enfants pour la durée d'assurance, ainsi que pour certains mécanismes de complétion de carrière.

Dans l'ensemble, la Cour observe que l'application de ces règles permet d'atténuer efficacement l'impact sur les droits à la retraite d'aléas de vie ou de carrière.

(4) Ainsi par exemple un salarié à mi temps au SMIC ayant 12 mois d'activité valide 4 trimestres.

# La durée d'assurance dans le calcul des droits à la retraite

L'effet protecteur de ces dispositifs a d'ailleurs été d'autant plus important que les conditions d'emploi et d'insertion professionnelle se sont dégradées depuis la fin des années 70.

## *Des avantages peu justifiés au profit des cadres*

Depuis 1983, dans les régimes complémentaires de salariés, l'obtention du taux plein pour la retraite versée par le(s) régime(s) de base permet d'écartier l'application de coefficients d'abattement pour départ anticipé avant 65 ans. Cette situation est favorable aux cadres, en raison d'un poids moyen de la pension complémentaire dans la pension totale supérieur. L'utilité du trimestre acquis dans les régimes de base est donc plus forte pour un cadre que pour un non-cadre.

De même, les mécanismes de complétion de carrière et notamment le « versement pour la retraite » (VPLR), créé en 2003 et destiné à racheter des années d'études ou des années incomplètes sont plus accessibles aux revenus les plus élevés, en raison de leur coût.

L'effet de levier de ces versements est encore plus manifeste dans le cadre d'un départ en retraite anticipé avant 60 ans, institué par la loi du 21 août 2003.

## **Un système complexe, dont la maîtrise devient difficile**

### *Un système peu compréhensible pour les assurés*

Le grand nombre de dispositifs permettant l'acquisition de trimestres pour la durée d'assurance forme un

ensemble inévitablement complexe, vu la diversité des situations visées. Mais une telle complexité n'est pourtant pas toujours justifiée.

Ainsi, pour les dispositifs de complétion de carrière, l'hétérogénéité des tarifs est sans doute excessive. De même, si l'introduction d'une notion de « durée cotisée » par la loi du 21 août 2003 était positive, allant dans le sens d'un renforcement de la contributivité du système, sa déclinaison en périmètres variables selon les dispositifs (départ anticipé avant 60 ans, majoration du minimum contributif, application de la surcote) a excessivement complexifié la réglementation.

Face à une telle complexité pour les assurés, tout arbitrage individuel en termes de durée d'assurance devient malaisé, alors que le législateur avait entendu en 2003 accorder aux assurés une plus grande liberté de choix de la date de départ en retraite.

### *Des évolutions récentes discutables*

De nouvelles modalités d'acquisition de trimestres pour la durée d'assurance ont récemment été introduites dans la réglementation, indiquant que la durée d'assurance tend à être utilisée comme une gratification, pour certains assurés.

Les assurés du régime des indépendants (RSI) bénéficient depuis la LFSS pour 2009 d'une possibilité de validation des années incomplètes, en contrepartie du versement de cotisations correspondant au moins à l'assiette annuelle minimale. Coûteuse (240 M€ par an au moins), cette mesure appelle des réserves.

Plus critiquable encore, la loi du 23 mai 2006 relative au volontariat

# La durée d'assurance dans le calcul des droits à la retraite

associatif a organisé l'utilisation de l'octroi de trimestres pour la durée d'assurance en substitut à une rémunération, notamment pour des engagements bénévoles (en particulier les 6 000 volontaires ayant participé à l'organisation de la coupe du monde de rugby).

## *Une mise en œuvre mal maîtrisée de la réforme de 2003*

La mise en œuvre de la loi du 21 août 2003 a requis la publication de très nombreux textes d'application, à la durée de vie parfois limitée, voire pour certains jamais mis en œuvre.

Surtout, le coût du départ en retraite anticipé avant 60 ans pour carrières longues s'est avéré très largement supérieur aux prévisions (8,3 Md€ pour le seul régime général, sur la période 2004-2008), en raison d'une utilisation optimale par les assurés des dispositifs de complétion de carrière.

Alors que le nombre de demandes de régularisation de cotisations arriérées avait considérablement augmenté et que des pratiques frauduleuses ont été identifiées depuis 2005, les réglementations en cause n'ont été revues qu'en 2008.

\*\*\*

Les objectifs de la loi du 21 août 2003 ont donc été contrariés par certaines des dispositions de cette même loi. L'âge effectif de demande de liquidation des droits a même diminué entre 2001 et 2007. Le choix d'une augmentation progressive de la durée d'assurance pour l'obtention du taux plein n'a donc pas encore eu les effets escomptés.

Dans le contexte financier actuel, la Cour invite, en sus d'aménagements immédiats, à réexaminer les règles présidant à la constitution de la durée d'assurance pour les retraites, pour en améliorer la lisibilité et en renforcer la contributivité.

## Recommandations

→ 34. Engager le réexamen des règles d'acquisition de trimestres pour la durée d'assurance, dans le sens d'une contributivité renforcée.

→ 35. Exclure la création de nouveaux éléments non contributifs pour la durée d'assurance. A défaut, instaurer un principe de compensation aux régimes de base du coût d'éventuels nouveaux avantages.

→ 36. Réformer les modalités de calcul des périodes assimilées.

→ 37. Définir dans la réglementation une notion unique de durée cotisée.

→ 38. Pour les dispositifs de complétion ou de reconstitution de carrières :

a) définir un barème de référence actuariellement neutre ;

b) réviser les dispositifs existants en les structurant en fonction de ce barème.

## 12 La prise en compte des enfants dans la durée d'assurance pour la retraite

Deux avantages permettent de prendre en compte les enfants dans la durée d'assurance pour la retraite :

- une majoration de durée d'assurance (MDA), accordée aux mères dès le premier enfant ;
- l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), sous conditions de ressources.

Créés en 1972 pour limiter les effets sur les pensions des interruptions d'activité professionnelle liées à la présence d'enfants, ces deux avantages représentaient en 2006 plus de 10 Md€ pour l'ensemble des régimes de retraites.

### Des avantages devenus inadaptés

*Des objectifs atteints, pour un coût important et croissant*

La Cour relève que la compensation des effets sur la retraite de l'interruption de l'activité professionnelle des femmes, en raison de la présence d'enfants, est effective. Les effets cumulés de l'AVPF et de la MDA aboutissent à réduire les écarts de durée d'assurance entre hommes et femmes. Les écarts de niveau de pension demeurent toutefois, reflétant les inégalités entre hommes et femmes sur le marché du travail.

Une forte croissance de ces dépenses est attendue, en raison de la montée en charge progressive de l'AVPF au fil des générations.

*Complexe, l'AVPF manque en outre de cohérence*

Le champ couvert par l'AVPF a été à plusieurs reprises étendu depuis 1972. Ainsi, les circonstances permettant l'affiliation se sont multipliées, englobant désormais des situations pour lesquelles l'absence d'activité professionnelle de l'affilié n'est pas requise.

Parallèlement, le seuil de la condition de revenus professionnels a été doublé, alors que certaines dérogations aux conditions de ressources étaient ouvertes.

Au final, les conditions d'affiliation à l'AVPF s'avèrent particulièrement complexes. Elles reposent sur trois conditions : bénéfice d'une prestation sociale, plafond de ressources du ménage, plafond de revenu professionnel de la personne à affilier. Pour celles liées aux ressources, les seuils sont variables, selon la situation ouvrant droit à l'affiliation.

La faible lisibilité de ce dispositif se double d'un défaut d'information des assurées. Enfin, les caractéristiques de l'AVPF (report d'un salaire au compte

# La prise en compte des enfants dans la durée d'assurance pour la retraite

individuel de carrière de l'assuré) ont pour effet de rendre difficilement prévisible son impact sur le niveau des pensions perçues.

## *Des finalités méritant d'être réexaminées*

Lors de leur institution, MDA et AVPF participaient d'une volonté d'instituer un « statut » de la mère de famille et visaient à inciter à l'interruption de l'activité professionnelle des mères pour l'éducation des enfants.

A ce jour, cet objectif est à l'évidence contraire à la stratégie d'augmentation du taux d'activité, poursuivie notamment dans le cadre de la stratégie européenne dite de Lisbonne. Les durées d'assurance validées au moyen de l'AVPF et de la MDA permettent en effet aux femmes de satisfaire plus facilement à la condition de durée d'assurance tous régimes pour l'obtention du taux plein, facilitant ainsi le départ en retraite à un âge précoce.

## Une réforme indispensable

### *Le risque d'une extension de la MDA aux pères*

Des décisions de justice récentes ont conduit à accorder le bénéfice de la MDA aux pères, d'abord en raison de leur qualité de père isolé, puis, depuis 2009, au nom du principe d'égalité entre hommes et femmes ayant élevé des enfants.

Outre son coût très élevé (plus de 3 Md€), une telle extension ne contribuerait pas à la résorption de

l'écart de pensions entre hommes et femmes. Elle devrait donc être écartée.

### *Principes pour une réforme*

Certes, les différences de pensions entre hommes et femmes persistent. Mais il n'appartient pas aux régimes de retraite de les compenser intégralement.

Nécessaire, la réforme de ces avantages familiaux devra viser à simplifier l'AVPF, à améliorer son articulation avec la MDA et être conforme à l'objectif d'augmentation du taux d'activité des femmes, notamment des seniors.

A ce titre, la MDA pourrait être réformée en transposant le schéma déjà retenu dans la réforme de la fonction publique.

L'AVPF deviendrait alors l'unique dispositif de compensation des réductions d'activité ou interruptions de la carrière des parents en raison de la présence d'enfants, au-delà de la durée du congé maternité. Mais ses caractéristiques devraient être revues, notamment en limitant la durée compensée soit par l'âge de l'enfant élevé, soit par l'instauration d'un nombre maximum d'années d'affiliation par enfant.

Parallèlement, différentes modifications pourraient améliorer la cohérence de l'AVPF (restriction du champ des situations ouvrant droit à l'affiliation, suppression de la condition de ressources, introduction d'une condition de durée minimale cotisée ouvrant droit au bénéfice effectif de l'AVPF au moment de la demande de liquidation de pension).

## Recommandations

→ 39. En s'inspirant de la réforme de la MDA de la fonction publique, réformer la MDA accordée par le régime général pour :

a) en lier le bénéfice à l'accouchement ou l'adoption ;

b) réduire à terme la durée des majorations à deux trimestres par enfant.

→ 40. Simplifier l'AVPF et en faire un dispositif de compensation des interruptions ou réductions d'activité liées à l'éducation d'un enfant.

## 13 L'accueil et l'accompagnement des usagers dans la branche famille

La Cour a examiné la qualité du service rendu aux usagers, ainsi que, plus largement, l'accompagnement social des familles (aide à domicile, aides financières, interventions des travailleurs sociaux).

### L'accueil des usagers

Le versement de prestations à 11 millions d'allocataires engendre un nombre important de contacts entre les usagers et les CAF. Chaque CAF a en moyenne plus de dix contacts par allocataire et par an.

Pour y faire face, la branche famille a développé plusieurs types d'accueil ou d'outils (bornes interactives, site internet, simulateurs de droits). Mais les motifs de ces contacts ne sont pas précisément recensés et leur corrélation avec les performances des CAF (délai et qualité de traitement des dossiers) n'est pas analysée, ce qui rend difficile la maîtrise de ces flux.

#### *L'accueil physique*

Les missions des différents types de lieux d'accueil ont été définies par la CNAF. Mais ni leur fréquentation, ni l'adéquation de leur implantation (en particulier dans les quartiers en difficulté ou géographiquement enclavés) ne sont précisément connues.

L'amplitude hebdomadaire d'ouverture est conforme aux objectifs de la COG. Elle reste dépendante néanmoins des charges de travail des services de liquidation et est parfois réduite par les caisses en difficulté.

#### *L'accueil téléphonique*

Les résultats globaux de la branche ont progressé, qu'il s'agisse de l'amplitude hebdomadaire moyenne d'accueil ou du taux d'appels téléphoniques traités par un agent, même si de fortes disparités demeurent.

Les plateformes mutualisées constituent de ce point de vue une solution pertinente à développer.

#### *L'information des usagers*

L'un des leviers de la maîtrise des flux de contacts réside dans l'amélioration de l'information dispensée aux allocataires et de la communication institutionnelle.

Ainsi les notifications issues du système d'information utilisé, parfois complexes ou erronées, sont apparues perfectibles.

L'offre de services électroniques est encore peu étoffée. Les pages locales du site internet sont souvent lacunaires et l'information mise en ligne peu accessible.

# L'accueil et l'accompagnement des usagers dans la branche famille

Enfin, la prise en compte des besoins des publics non francophones est mal assurée.

## L'accompagnement des familles en difficulté

Les dépenses consacrées à l'accompagnement social des familles en difficulté se sont élevées à 439 M€ en 2007 (12 % des dépenses d'action sociale).

### *L'aide à domicile*

La gestion directe des intervenants à domicile par les CAF est en net recul. En revanche, la branche finance, d'une part des associations, au travers d'une prestation de service et d'autre part, une partie du reste à charge dû par les familles, au moyen d'aides financières individuelles.

La prestation de service représente 30 % du coût de revient local. Or ce coût, calculé par les CAF selon des modalités peu transparentes, est parfois supérieur au prix plafond fixé par la CNAF. La différence est alors financée sur les dotations d'action sociale, ce qui n'incite pas les associations à réduire leurs coûts de gestion.

### *Les aides financières individuelles*

Les aides financières (338 € par famille en moyenne en 2006, destinés en priorité aux familles monoparentales, aux personnes isolées ainsi qu'aux familles nombreuses) sont consacrées pour l'essentiel à l'accompagnement social, au temps libre et au logement.

Les conditions d'attribution restent régies par les règlements intérieurs des CAF et la substitution d'aides sur projets aux aides automatiques n'est pas partout effective.

### *Le travail social*

Cette mission est mal cernée, tant en ce qui concerne les effectifs que les activités.

Une minorité de caisses disposent d'un projet de travail social. Un socle commun national devrait à terme recentrer les interventions des travailleurs sociaux sur le soutien à la fonction parentale, le soutien aux familles rencontrant des difficultés de logement, d'habitat, d'insertion sociale et professionnelle.

### *Les relations avec les collectivités locales*

Les champs d'intervention respectifs des CAF et des collectivités se recoupent et le partage des compétences entre les différents acteurs est mal défini. Aucune convention multipartite n'organise les relations entre les CAF, les associations et les conseils généraux.

Même si la COG 2009-2012 prévoit d'expérimenter une convention territoriale globale des services aux familles, une clarification des champs d'intervention s'impose.

## Recommandations

- ➔41. Améliorer et rationaliser la politique d'information de la branche.
- ➔42. Mettre en œuvre une politique volontariste de partenariats entre les CAF et les collectivités locales pour
- l'aide à domicile, le travail social et les aides financières.
- ➔43. Renforcer le cadrage national des aides financières individuelles et du travail social.

## 14 Aspects de la gestion des personnels du régime général

### L'accord du 30 novembre 2004 relatif à la rémunération et à la classification des emplois

Cet accord visait à résoudre les difficultés issues de l'accord précédent de 1992 : concentration des effectifs des techniciens au niveau 3, goulet d'étranglement pour le passage au niveau 4, salaires des débutants peu attractifs, progression de carrière à l'ancienneté trop importante et trop rapide...

A l'issue de son enquête, la Cour a relevé que l'accord avait permis des avancées dans la gestion des personnels et avait redonné des marges de manœuvre aux directeurs de caisses mais a également souligné ses limites.

#### *L'individualisation des rémunérations*

Le poids de l'avancement à l'ancienneté diminue. Des points supplémentaires (dits points de compétence) peuvent être octroyés sous réserve d'un accroissement des compétences constatées dans l'emploi. Cette condition s'est toutefois avérée difficile à mesurer, peu de caisses utilisant des critères objectifs.

L'individualisation des rémunérations est ainsi restée très partielle, une majorité d'agents ayant reçu des

points de compétence simplement conformes aux minima conventionnels.

Afin de limiter l'ampleur de cette individualisation, obligation a par ailleurs été faite aux caisses de distribuer des points de compétences à 20 % des employés et des cadres.

Les indices planchers de chaque niveau ont également été relevés et la période de progression à l'ancienneté allongée.

#### *L'octroi de mesures salariales exceptionnelles*

Agréé alors que les COG (et leur cadrage budgétaire pluriannuel) n'étaient pas encore signées, l'accord a, de ce fait, connu quelques difficultés de mise en œuvre, tels que gel des recrutements et des mesures salariales individuelles...

A la suite de mouvements sociaux dans les organismes en 2006 et 2007, diverses mesures dérogatoires ont été accordées par la tutelle et l'UCANSS :

- versement d'un supplément d'intéressement forfaitaire de 276 € en 2007 (non soumis à cotisations sociales),
- attributions aux caisses locales de dotations supplémentaires de masse salariale qui ont permis, par exemple, des promotions massives d'agents au niveau 4 (branche famille) ou l'octroi de points supplémentaires sans conditions (branche retraite) en 2008.

# Aspects de la gestion des personnels du régime général

## *Les effets limités de l'accord en matière de gestion des ressources humaines*

La mise en œuvre de l'accord n'a pas conduit les caisses à repenser l'organisation de leurs services. Au niveau local, l'excessive multiplication de référentiels d'emplois n'a pas abouti à une clarification des missions exercées. Elle a, au contraire, contribué à spécialiser très fortement les emplois.

Les contraintes de gestion antérieures à l'accord n'ont pas disparu. Ainsi, il n'a pas été remédié au déséquilibre structurel entre les catégories d'employés et de cadres. Les effectifs d'employés sont toujours concentrés sur les niveaux 3 et 4, dont le poids a continué d'augmenter.

Le vieillissement de la pyramide des âges s'est pour-suivi. Près de la moitié des agents sont au plafond de l'ancienneté, soit davantage qu'en 2002, avant la négociation de l'accord.

## L'accord du 22 juin 2005 relatif à la formation tout au long de la vie professionnelle

La formation professionnelle représente en moyenne 5 % de la masse salariale, dans le régime général. Il s'agit

d'un élément majeur de la politique des caisses locales qui recrutent directement sur le marché du travail des personnels qu'elles doivent former à leurs métiers spécifiques.

La stratification sur trois niveaux, caisses locales, nationales et UCANSS, des compétences relatives aux ressources humaines explique l'absence de vision d'ensemble de la politique de formation et les délais nécessaires pour répondre à de nouveaux enjeux.

L'accord de juin 2005 décline la loi du 4 mai 2004 et permet d'adapter les nouveaux outils qu'elle a créés (contrats et périodes de professionnalisation, droit individuel à la formation -DIF-) au contexte particulier de la sécurité sociale.

Le bilan dressé par la Cour démontre cependant que les caisses locales n'ont que partiellement utilisé ces dispositifs : en 2007, 32 % seulement des organismes ont conclu des contrats de professionnalisation et le DIF n'a été mobilisé qu'à hauteur de 2 % des droits acquis.

L'évaluation qualitative des actions de formation reste en outre trop peu développée.

## Recommandations

➔ 44. Donner davantage de place à la rémunération à la performance des employés et cadres.

➔ 45. Affiner les outils d'évaluation de la formation notamment en procédant à des analyses par branches.

## 15 Le régime de sécurité sociale dans les mines

### Un régime original, mais en déclin démographique prononcé

Assurant la couverture sociale des mineurs et assimilés, le régime de sécurité sociale dans les mines se singularise par l'étendue des risques couverts (maladie, AT-MP, vieillesse) mais aussi par l'existence d'un réseau de soins intégré (centres de santé, établissements sanitaires et médico-sociaux, pharmacies, laboratoires...), qui dispense une médecine dite « de caisse », gratuite pour les affiliés.

En rapide déclin démographique, bien que cette situation de fait ne soit toujours pas traduite dans les textes par sa mise en extinction, le régime des mines bénéficie d'importants concours financiers externes, de l'Etat ou d'autres régimes de sécurité sociale.

La diminution irréversible du nombre d'affiliés ainsi pose le problème de l'évolution des modalités de gestion des prestations. Elle soulève également la question de l'avenir des œuvres du régime, ce que la Cour avait déjà souligné dans le RALFSS de 1997.

### L'inflexion de 2004

Un décret de 2004 a rompu avec la logique d'adaptation progressive qui avait jusqu'ici prévalu. Nécessaire, cette

réforme plus ambitieuse était structurée autour de quatre axes :

- la réorganisation du réseau territorial du régime des mines ;
- le principe d'une ouverture des œuvres du régime aux affiliés des autres régimes, corollaire du libre recours des assurés du régime à tous les professionnels de santé ;
- la délégation de la gestion de l'assurance vieillesse et invalidité et de l'activité recouvrement à la Caisse des dépôts et consignations ;
- la redéfinition des responsabilités entre caisse nationale et organismes locaux, en matière de gestion des prestations d'assurance maladie et AT-MP.

### Une évolution beaucoup trop lente

#### *Une réorganisation inaboutie*

La rénovation du maillage territorial s'est traduite par la création de sept caisses régionales (CARMI). Mais à l'exception de celles du Nord-Pas-de-Calais et de l'Est, elles n'ont pas la taille critique nécessaire pour une gestion optimale.

Leurs effectifs salariés apparaissent trop nombreux et leur répartition est mal connue. Dans les œuvres, l'activité des professionnels de santé n'est toujours pas suivie.

# Le régime de sécurité sociale dans les mines

Enfin, les personnels, qui représentent aujourd'hui 30 % des cotisants du régime des mines, bénéficient dans des conditions discutables de l'équivalent d'avantages en nature de chauffage et de logement, alors même qu'ils ont opté pour le bénéfice de la convention collective UCANSS.

## *Des progrès insuffisants dans la redéfinition des modalités de la gestion des risques*

L'éclatement de la gestion des risques maladie et AT-MP entre de trop nombreux sites explique le caractère modéré des progrès observés. Dès la prochaine COG, la perspective d'une délégation de la gestion de la branche maladie au régime général, envisagée pour 2008-2011, sans être finalement retenue, devra être reprise.

## *L'ouverture des œuvres : un bilan très décevant*

Certains objectifs de la réforme de 2004 ont été atteints, d'autres ne le sont

pas ou que très partiellement, comme par exemple l'ouverture des œuvres ambulatoires aux assurés des autres régimes. Celle-ci s'est faite selon un rythme trop modeste. En 2008, selon la CANSSM, dans les centres de santé du Nord-Pas-de-Calais seuls 4,5% des actes médicaux bénéficiaient à des assurés extérieurs au régime. Sauf exceptions, l'ouverture ne concerne toujours pas les pharmacies minières, tandis que l'autonomisation de la gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux n'est pas encore généralisée.

Seul un fort développement de cette politique d'ouverture, accompagné par les efforts de gestion nécessaires, permettra, le cas échéant, de mettre fin au déficit récurrent que connaissent ces œuvres.

## Recommandations

➔ 46. Réaliser dans les meilleurs délais la fermeture de l'affiliation au régime minier.

➔ 47. Réduire le nombre de CARMI.

➔ 48. Ecarter toute possibilité, pour les agents des CARMI optant pour la convention UCANSS, de bénéficier du rachat des prestations chauffage logement.

➔ 49. Réintégrer dans les comptes annuels de la CANSSM les opérations entrant dans le mandat de gestion de la Caisse des dépôts et consignations.

➔ 50. Inscrire la délégation de la gestion assurantielle (maladie maternité et AT-MP) au régime général dans la prochaine COG.

➔ 51. Développer un appareil statistique fiable, exploitable directement au niveau de la caisse autonome nationale.

➔ 52. Achever l'ouverture des œuvres et l'étendre aux pharmacies ; assurer l'autonomisation des établissements.

## 16 Le suivi des recommandations antérieures

Comme l'an passé, la Cour a examiné les suites données à ses précédentes recommandations.

### Un suivi quantitatif global

L'article 4 de la LFSS pour 2003 a prévu que « le Gouvernement transmet(te) au Parlement un rapport qui présente les suites données à chacune des recommandations formulées par la Cour des comptes » dans son RALFSS. La préparation de ce rapport, même non transmis, facilite le recueil des données et permet ainsi d'évaluer le degré de mise en œuvre des préconisations des trois précédents RALFSS : près d'un tiers étaient mises en œuvre, un autre tiers seulement partiellement ou en voie de l'être.

Mais des recommandations « partiellement suivies » peuvent recouvrer des situations qui restent, du point de vue de la Cour insatisfaisantes, comme le montre l'exemple des dépenses de radiologie et de biologie.

### La maîtrise des dépenses de radiologie et de biologie

Les dépenses de biologie (6,1 Md€ en 2006) et de radiologie (5,6 Md€ en 2006) représentent un enjeu d'autant plus important que les comparaisons internationales disponibles, relatives au coût des actes, mettent en général en

évidence la possibilité d'économies significatives.

Dans son rapport annuel de 2005, la Cour avait formulé des recommandations visant à rationaliser et à maîtriser les dépenses de ce secteur. En 2009, le suivi qui peut en être fait met en évidence des marges de progrès persistantes.

#### *Le regroupement des laboratoires*

L'une des recommandations de 2005 portait sur la nécessité de favoriser le regroupement des laboratoires d'analyses de biologie médicale (plus de 3 800).

Elle reste d'actualité car en dépit des quelques avancées contenues dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (qui a ainsi redéfini la notion de laboratoire), le maintien des nombreuses restrictions relatives à la composition du capital des sociétés exploitant des laboratoires et de l'interdiction de créer des centres de prélèvements constitue un frein puissant au regroupement de laboratoires.

#### *La révision de la cotation des actes de biologie*

Les tarifs pratiqués en France sont généralement deux à trois fois plus élevés que dans les autres pays.

Les ajustements tarifaires intervenus ces trois dernières années ont permis de dégager près de 100 M€ d'économies

## Le suivi des recommandations antérieures

par an. Ils sont cependant restés trop limités et devraient concerner, de façon plus systématique, les actes pour lesquels l'automatisation des analyses a permis d'importants gains de productivité.

Les actions de gestion du risque, indispensables pour réduire la part, encore trop importante, d'examen inutiles, sont également trop peu développées.

### *Les efforts menés en matière d'imagerie médicale*

Le desserrement des contingents d'IRM et de scanners a contribué à améliorer le taux d'équipement de la France, qui accusait un retard important.

Cette amélioration ne doit cependant pas occulter la pénurie de radiologues dans les établissements

hospitaliers publics qui n'a cessé de s'aggraver ces dernières années.

Parallèlement, les délais d'attente des patients continuent d'être mal connus alors qu'il s'agit d'une donnée essentielle pour la conduite de la politique sanitaire

Par ailleurs, le développement des technologies modernes d'imagerie médicale n'a entraîné aucune diminution des radiographies conventionnelles traditionnelles.

La maîtrise des dépenses induites par ces actes, dont l'intérêt médical n'est pas toujours avéré, passe par un développement des contrôles de l'assurance maladie et un ajustement des tarifs.

## Conclusion générale

En 2008, le déficit du régime général a légèrement dépassé 10 Md€, soit un niveau comparable à celui constaté au cours des cinq années précédentes. Les effets de la crise financière puis économique constatés en toute fin d'année ont été occultés par des recettes exceptionnelles supérieures à 3 Md€.

Une dégradation forte est cependant inévitable, dès 2009, du fait de cette crise. Le produit des cotisations et impôts affectés au régime général stagne voire diminue, en l'absence d'affectation de recettes nouvelles. À l'inverse, faute de pouvoir prendre des mesures d'économies à effet immédiat, la croissance des dépenses se poursuit au rythme antérieur pour les branches retraite (+5 %), maladie (+3 %) et, dans une moindre mesure, dans la branche famille.

La hausse des déficits sociaux conduira à reporter sur les générations futures le remboursement de dettes cumulées fortement croissantes, ce qui n'est pas admissible.

Dans ce contexte, la Cour a continué à rechercher des pistes d'économies en s'inscrivant dans une perspective pluriannuelle, particulièrement indispensable dans le champ des politiques sociales. Consciente de l'importance de la redistribution sociale qu'opère la sécurité sociale et de son rôle économique majeur, essentiel en période de crise, elle considère néanmoins que la croissance de ses dépenses doit être maîtrisée. Si l'essentiel de l'effort doit porter sur les prestations, qui représentent 95 % des dépenses des régimes, par une recherche d'efficacité et d'efficience accrues des politiques sociales, il ne faut pas pour autant négliger les économies de gestion ou l'optimisation des budgets qui leur sont consacrés.

La Cour s'est notamment intéressée au recouvrement des cotisations et contributions par les URSSAF, en vérifiant les modalités du contrôle d'assiette dont l'efficacité et le ciblage doivent être accrus. Elle a également, comme chaque année, examiné les conditions dans lesquelles l'Etat employeur s'acquitte des cotisations et contributions sociales dues au régime général, constatant les progrès réalisés.

Le rapport identifie ensuite plusieurs sources d'économies de gestion possibles, qu'il s'agisse des centres d'examen de santé du régime général ou de la réforme inachevée du régime des mines. Les contrôles d'organismes locaux effectués dans le cadre du réseau d'alerte révèlent également un manque de rigueur dans la gestion ou des difficultés dues à la taille insuffisante des caisses. L'examen de la classification des emplois du personnel de la sécurité sociale et de la politique de rémunération montre notamment que si des progrès ont été réalisés dans le sens d'une plus grande individualisation des rémunérations, dans la mise en œuvre, de nombreuses concessions ont été accordées qui en limitent l'impact.

Les dépenses de prestations familiales ont évolué de 3,5 % en valeur en 2008, mais les prestations en faveur de la petite enfance ont enregistré une croissance de 6,1 %, ce qui montre que la montée en charge de la PAJE n'est pas achevée. Considérant le rôle social des CAF, la Cour a examiné la politique d'accueil et d'accompagnement des usagers qu'elles mettent en œuvre. Elle observe que c'est la branche qui reçoit le plus de visiteurs, mais les volumes en sont mal cernés, les motifs de contacts insuffisamment analysés, ce qui freine les progrès à réaliser dans les différentes formes d'accueil. S'agissant de l'accompagnement des familles en difficulté, la Cour constate un

## Conclusion générale

défaut d'encadrement national des aides sociales, la nécessité de repenser les missions et le pilotage des travailleurs sociaux et de développer les partenariats avec les collectivités locales également en charge de l'aide aux familles.

*C'est dans les deux branches maladie et retraite que les perspectives sont les plus inquiétantes.*

*Après avoir constaté, dans le cadre du suivi de ses précédentes recommandations, que les marges d'économies restent significatives sur les dépenses de biologie et de radiologie et qu'un meilleur ciblage des missions du service médical de la CNAMTS sur le contrôle des praticiens et des coûts hospitaliers serait plus rentable que la dispersion actuelle des travaux, la Cour a mis l'accent cette année sur les dépenses hospitalières.*

*Elle avait noté l'an passé que la politique de restructurations hospitalières était insuffisamment dynamique, contrariée par la distribution d'enveloppes exceptionnelles en contrepartie d'engagements non respectés. Elle souligne cette année l'importance des gains potentiels induits par la recherche d'une meilleure organisation interne aux établissements, dans les différents services ou pôles. Elle constate que ces gains existent partout, quels que soient la taille ou le type de services considérés.*

*Par ailleurs, le bilan à mi parcours de la mise en place de la T2A révèle que les conditions de sa montée en charge obèrent le rôle restructurant qu'elle devait jouer. S'il est légitime de maintenir des dotations globales à côté des tarifs, la forte croissance de la dimension « aide à la contractualisation » a constitué un moyen de maintenir aux hôpitaux leurs ressources historiques à défaut de restructurations ou de réorganisations internes génératrices d'économies. Enfin, si un effort important en matière d'investissements hospitaliers était nécessaire, la sélection des projets, parfois fondés sur des prévisions de hausse d'activité irréalistes, a manqué de rigueur. Il en a résulté une forte croissance de la masse d'investissements éligibles au plan, mais pour des taux d'aide très inférieurs, passant de 100 % à 37,5 %, ce qui a conduit les hôpitaux à s'endetter fortement pour des investissements à la rentabilité non assurée. La Cour souhaite que le plan « hôpital 2012 » soit conduit avec plus de rigueur.*

*Les perspectives financières des régimes de retraite sont préoccupantes, les nombreuses projections réalisées jusqu'à présent reposant en outre sur des hypothèses économiques, de chômage et de masse salariale notamment, désormais dépassées. Les lois de 1993 et 2003 ont engagé des réformes de fond sur la durée. Mais la loi de 2003 comportait aussi des mesures qui ont accentué la dépense et fortement contribué à la croissance rapide du déficit de la branche. Après avoir l'an passé examiné les dispositifs de minima de pensions, la Cour, poursuivant ainsi l'étude des modalités de retour à une plus grande contributivité des systèmes de retraite, a examiné les conditions d'acquisition des périodes d'assurance ou assimilées entrant dans le calcul des pensions. Démontrant l'importance de la redistribution interne aux régimes et le lien distendu avec l'effort contributif, elle préconise de réviser certains dispositifs.*

*Une étude particulière est consacrée aux avantages familiaux de retraite. La Cour suggère de redéfinir les conditions d'attribution de la majoration de la durée d'assurance (MDA) et les modalités d'attribution de l'AVPF, en recherchant un ciblage plus rigoureux de ces deux prestations, dont l'enjeu financier est important.*

*Au-delà des seules pistes ainsi individualisées par la Cour, des mesures structurelles d'économies s'imposent. Elles ne peuvent produire des économies immédiates, ce qui rendra*

*nécessaire également la recherche de ressources accrues. La réduction des « niches sociales », dans le prolongement des mesures prises en LFSS 2008 et 2009, devrait notamment être activement poursuivie.*

*A défaut d'actions résolues dans ces directions, les déficits continueront de de s'accroître. Ils conduisent à des découverts permanents, en contravention avec le principe d'équilibre financier des branches, et surtout à un endettement social cumulé croissant, déjà supérieur à 100 Md€ à fin 2008. Ces déficits et cet endettement apparaissent bien comme la marque des retards pris dans les indispensables réformes structurelles. Il ne faut donc plus tarder à les engager, afin de sauvegarder notre système de protection sociale.*

**La version intégrale de ce rapport peut être consultée sur le site  
Internet de la Cour des comptes  
[www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)  
(pages “Cour des comptes” rubrique “publications”)**