



**Allocution de Didier Migaud,
Premier président de la Cour des comptes**

Présentation du Rapport sur la sécurité sociale pour 2018

Conférence de presse
Jeudi 4 octobre 2018

Mesdames et messieurs,

Je suis heureux de vous accueillir ce matin à la Cour des comptes pour la présentation de l'édition 2018 de notre rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Ce rapport est établi, comme chaque année, dans le cadre de la mission d'assistance de la Cour des comptes au Parlement et au Gouvernement. Il accompagne le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, qui sera sous peu déposé sur le bureau des assemblées, après son adoption par le conseil des ministres

Le 10 octobre prochain, je présenterai les constats et recommandations que contient ce rapport devant les commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat.

J'ai auprès de moi, pour vous présenter nos travaux, Denis Morin, président de la sixième chambre, chargée de sa préparation, Roch-Olivier Maistre, président de chambre et rapporteur général de la Cour, et Jean-Pierre Viola, conseiller maître, rapporteur général de ce rapport. De nombreux autres rapporteurs ont contribué à l'élaboration de ce rapport. Qu'ils en soient ici remerciés.

Institution-clé sur laquelle repose la solidarité et la cohésion nationales, la sécurité sociale connaît depuis de trop nombreuses années, vous le savez, une situation financière fragilisée. Les travaux que nous publions nous conduisent année après année à analyser la trajectoire financière des comptes sociaux. Ils visent aussi à formuler des recommandations et esquisser des pistes de réforme pour parvenir à un équilibre durable et solide de la sécurité sociale. C'est donc à cet exercice que nous nous sommes livrés cette année encore.

Le rapport que nous vous présentons formule trois constats.

- Tout d'abord, la sécurité sociale renoue, ou va renouer, avec l'équilibre financier, mais sa trajectoire financière doit être pilotée fermement afin d'inscrire cet équilibre fragile dans la durée.
- Deuxièmement, pour que cet équilibre soit durable, il convient de mobiliser beaucoup plus activement les marges d'efficience que recèle notre système de santé. Notre rapport fournit à cet égard un certain nombre d'illustrations que je détaillerai brièvement.



- Enfin, l'organisation et le fonctionnement de la sécurité sociale comportent en eux-mêmes d'importantes marges de progrès. La Cour en a – cette année encore – identifié spécifiquement quelques-unes, que je vous restituerai à grands traits.

À travers ces trois constats, la Cour exprime un message simple, essentiel : le retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale est aujourd'hui imminent. Pour qu'il soit durable, des efforts doivent encore être consentis afin de remédier aux fragilités qui perdurent dans notre système de protection sociale. Cela nous apparaît possible sans remettre en cause l'accès aux soins et la qualité des soins.

Je vais à présent détailler devant vous ces trois constats.

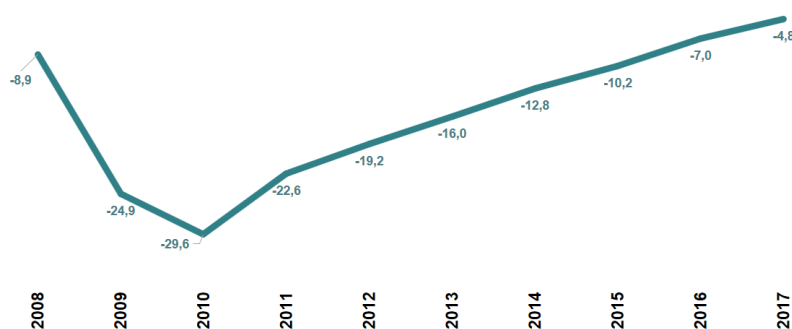
*

Je commencerai d'abord par l'appréciation que porte la Cour sur la situation financière actuelle de la sécurité sociale.

S'agissant du déficit de la sécurité sociale, la France revient de loin : depuis les années 1990, la sécurité sociale a accumulé plus de 280 Md€ de déficits. En 2010, au plus fort de la récession économique qu'a connu notre pays, le déficit de la sécurité sociale a atteint près de 30 Md€. Depuis 2011, il connaît une réduction continue.

UN DÉFICIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE QUI A CONTINUÉ DE SE RÉDUIRE EN 2017

Déficit tous régimes de sécurité sociale confondus + Fonds de solidarité vieillesse (en Md€)



Source : Cour des comptes d'après commission des comptes de la sécurité sociale

04/10/2018

Cour des comptes – La sécurité sociale

2

L'année 2017 confirme cette tendance. Le déficit agrégé de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est ainsi établi à 4,8 Md€, contre 7 Md€ en 2016. Le déficit du seul régime général des salariés et du FSV a pour sa part été ramené à 5,1 Md€, contre 7,8 Md€ en 2016.

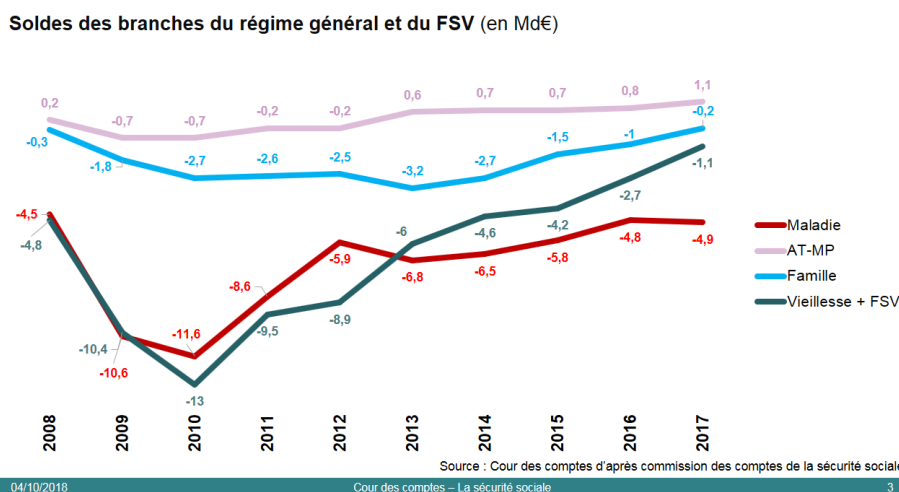
La Cour salue bien sûr cette évolution bienvenue, lente et continue, mais elle met toutefois en lumière quatre points d'attention moins favorables.

- Tout d'abord, si le déficit de la sécurité sociale se réduit, cette résorption se fait de manière très progressive.



- Ensuite, le déficit atteint en 2017 par le régime général et le FSV, s'il est globalement conforme à la prévision actualisée de la loi de financement pour 2018, a dépassé de 1 Md€ la prévision initiale formulée par la loi de financement pour 2017.
- Troisième constat, la tendance générale de résorption du déficit de la sécurité sociale que j'ai soulignée recouvre des écarts significatifs entre branches. Cette année encore, l'assurance maladie et les retraites ont enregistré des déficits. Le solde de la branche maladie s'est légèrement détérioré en 2017, atteignant 4,9 Md€. Pour sa part, le déficit agrégé de la branche vieillesse et du FSV s'est réduit à 1,1 Md€, mais son existence-même traduit la fragilité persistante de la situation financière des retraites de base, en déficit continu depuis 2005.

DES DÉFICITS PERSISTANTS DE LA BRANCHE MALADIE

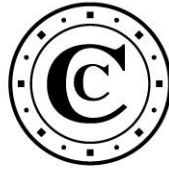


- Dernière préoccupation formulée par la Cour – et non la moindre - la baisse du déficit de la sécurité sociale observée en 2017 est essentiellement attribuable aux effets d'une conjoncture économique favorable sur les recettes. En 2017, la hausse spontanée des recettes a en effet atteint 3,4 % contre 2,1 % en 2016, portée par le dynamisme accru de la masse salariale.

Par conséquent, le déficit de la sécurité sociale pour 2017 conserve une part structurelle élevée, que la Cour évalue entre 3 et 4 Md€. Il est impératif d'éliminer ce déficit structurel pour permettre à la sécurité sociale d'être durablement à l'équilibre.

Tant que la sécurité sociale n'aura pas atteint un équilibre à caractère structurel, elle ne connaîtra pas d'équilibre pérenne sur la durée des cycles économiques, dans lequel les déficits de certaines années provoqués par une dégradation de la conjoncture sont compensés par les excédents des années où elle est favorable. C'est le seul moyen d'éviter que ne se constitue une dette sociale durable. J'ai souvent l'occasion de le dire : nous sommes l'un des seuls pays à accepter un déficit durable de ses comptes sociaux.

Précisément, c'est ce que la France n'est pas parvenue à faire dans les années 2000 : les déficits structurels se sont accumulés en période de croissance et les prélèvements ont été



accrus à la suite de la récession de 2009, ce qui a pesé sur la reprise de l'activité. En conséquence, la dette sociale a augmenté de façon ininterrompue jusqu'en 2014. Cette situation a un coût important pour nos concitoyens : chaque année, ils acquittent près de 15 Md€ de prélèvements sociaux – la contribution au remboursement de la dette sociale et une partie de la CSG – pour financer les intérêts des emprunts émis par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) et les remboursements d'emprunts qu'opère cet organisme.

Voilà pour nos analyses portant sur l'année 2017.

Pour 2018, le Gouvernement prévoit un déficit de 1 Md€, soit une amélioration de 1,2 Md€ par rapport à la prévision de la loi de financement pour 2018.

Cette nouvelle prévision prendrait en compte une accélération des dépenses sociales de +2,4 %, contre +2 % en 2017 et +1,6 % en 2016. Elle se fonderait aussi sur l'hypothèse d'une masse salariale aussi dynamique en 2018 qu'en 2017 (+3,5 %), malgré le ralentissement de la croissance économique. Le Gouvernement a d'ailleurs ajusté ses chiffres, puisqu'il prévoyait jusqu'à présent +3,9% d'évolution de la masse salariale.

Le 25 septembre dernier, les ministres des solidarités et de la santé et de l'action et des comptes publics ont présenté les grandes lignes du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Ils y anticipent un retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale, avec un léger excédent de 0,7 Md€ pour le régime général et le FSV, ce qui serait une première depuis 2001.

Là-encore, on doit se réjouir de cette embellie, mais elle mérite d'être nuancée car l'assurance maladie et les retraites – FSV compris – seraient toujours en déficit. Celui de l'assurance maladie serait ramené de 4,9 Md€ en 2017 à 500 M€, mais celui des retraites se maintiendrait à 1,1 Md€.

Pour 2019 et les années suivantes, le Gouvernement indique vouloir réaliser trois objectifs financiers : maintenir la sécurité sociale à l'équilibre, rééquilibrer les relations entre la sécurité sociale et l'État en faveur de ce dernier et éteindre la dette sociale maintenue à l'Acoss (23,4 Md€ fin 2018).

Ces objectifs appellent deux remarques de notre part. D'abord, s'agissant des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, comme la Cour l'a relevé l'an dernier, le redressement financier de la sécurité sociale a été principalement assuré par des hausses de prélèvements obligatoires (27 Md€ au total, intervenues entre 2011 et 2016), ainsi que par la surcompensation par l'État du coût des allègements généraux de cotisations (nous avons estimé cette surcompensation à hauteur de 3 Md€ fin 2016), à l'occasion de l'affectation d'impôts et de taxes à la sécurité sociale.

Selon les indications données par le Gouvernement, cette situation évoluerait à partir de 2019. Ainsi, les nouvelles mesures de baisses de prélèvements - pour ceux qui sont affectés à la sécurité sociale – seraient supportées par celle-ci. En outre, le coût de la transformation du CICE en allègements généraux de cotisations serait partagé entre l'État et la sécurité sociale.

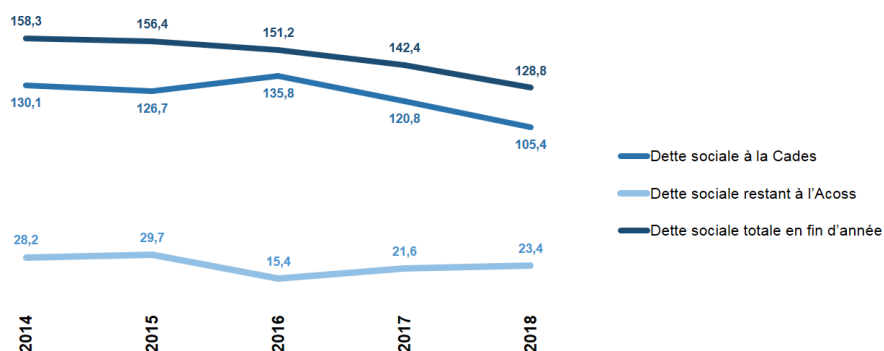
La deuxième remarque que formule la Cour porte sur la dette sociale. La Cour ne peut que souscrire à l'objectif de son extinction complète. La dette s'est accumulée du fait des déficits



enregistrés depuis les années 1990. C'est seulement en 2015 qu'elle a baissé pour la première fois. Depuis lors, la réduction continue du déficit de la sécurité sociale et les excédents croissants dégagés par la Cades conduisent à la réduire chaque année de plus en plus, de près de 9 Md€ en 2017.

UNE DETTE QUI SE RÉDUIT, UN REMBOURSEMENT DE CELLE DE L'ACOSS QUI RESTE À ORGANISER

Dettes sociales portées par la Cades et par l'Acoss (en Md€)



Source : Cour des comptes d'après commission des comptes de la sécurité sociale

04/10/2018

Cour des comptes – La sécurité sociale

4

Fin 2018, il restera néanmoins 105,4 Md€ de dette sociale à rembourser par la Cades sur les 260,5 Md€ qui lui ont été transférés depuis 1996. Selon les prévisions, la Cades achèvera en 2024 de rembourser la totalité de la dette sociale qu'elle a reprise. Cependant, l'horizon d'extinction de la dette sociale est encore incomplet. Fin 2018, il restera en effet également à amortir 23,4 Md€ de dette financée par l'Acoss par la voie d'emprunts à court terme exposés au risque d'une remontée des taux d'intérêt.

Selon les indications données par le Gouvernement, le remboursement de ces 23,4 Md€ de dette va être engagé en réaffectant 5 Md€ de recettes de CSG à la Cades entre 2020 et 2022 afin de lui permettre de reprendre au plus 15 Md€ de dette. Les 8 Md€ restants seraient amortis par les excédents du régime général de sécurité sociale.

Vous l'aurez compris, la réalisation simultanée des trois objectifs annoncés par le Gouvernement est très tributaire de l'évolution de la conjoncture économique. Elle nécessitera un pilotage ferme de la trajectoire financière de la sécurité sociale et des efforts de maîtrise des dépenses dans la durée.

*

J'en viens à présent au second message formulé par la Cour : pour que le retour de la sécurité sociale à l'équilibre financier soit durable, il convient d'agir sur la situation dégradée de l'assurance maladie, qui constitue l'une des principales zones de fragilité de notre protection sociale.

S'agissant de l'assurance maladie, pour la huitième année consécutive, l'objectif national de dépense d'assurance maladie a été respecté en 2017. Les dépenses ont progressé de



2,3 %. Comme en 2015 et 2016, on observe un important dépassement de l'enveloppe prévisionnelle de soins de ville, qui a atteint 600 M€.

À la différence des années précédentes, ce dépassement a été pour partie compensé par un fort ralentissement de l'activité hospitalière, qui n'avait pas été anticipé. Si elle a contribué au respect de l'Ondam, cette moindre activité a un revers. En effet, l'évolution des tarifs hospitaliers a été arrêtée en fonction d'une prévision d'augmentation de leur volume d'activité. Le fait que cette augmentation ne se soit que partiellement produite a conduit à accroître le déficit des hôpitaux publics. Celui-ci est ainsi passé de 439 M€ à 835 M€ pour leur budget principal, soit un quasi-doublement, et ce, malgré le dégel de 250 M€ de dotations au dernier moment, avant la clôture des comptes de l'assurance maladie. Pris ensemble, les déficits combinés de l'assurance maladie et des hôpitaux publics ont, en réalité, augmenté en 2017 par rapport à 2016.

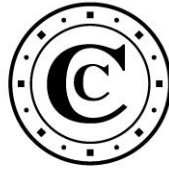
S'agissant de l'Ondam, malgré son desserrement à 2,3 % en 2018, puis à 2,5 % en 2019, qui devra être confirmé au moment du projet de loi de financement de la sécurité sociale, afin d'accompagner le plan « Ma santé 2022 », l'objectif sera difficile à tenir. En effet, le cumul des augmentations de rémunérations accordées aux acteurs du système de santé – professionnels libéraux, établissements, fonctionnaires hospitaliers, fabricants de produits de santé – pèse et pèsera sur l'évolution tendancielle des dépenses de santé financées par l'assurance maladie.

Il résulte des éléments que je viens de vous exposer qu'il est - en premier lieu - indispensable d'établir de manière plus rigoureuse, à la fois les prévisions d'évolution tendancielle des dépenses, et celles des économies nécessaires à la réalisation de l'objectif de dépenses. Ensuite, en cours d'année, il convient de mettre à contribution l'ensemble des secteurs de soins pour assurer la tenue de l'objectif de dépenses, y compris les soins de ville qui en ont jusqu'à présent été exemptés. En effet, la Cour estime qu'il n'est pas souhaitable de continuer à tolérer des dépassements importants de l'enveloppe des soins de ville en se contentant de les gager sur les secteurs hospitaliers et médico-sociaux. Pour cette raison, elle préconise d'instaurer une réserve prudentielle pour les dépenses de soins de ville, comme c'est déjà le cas pour les établissements de santé et médico-sociaux.

Au-delà de ce cadrage annuel des dépenses d'assurance maladie, c'est sur la structure même de notre système de santé qu'il faut agir. À cet égard, la Cour s'est livrée dans ce rapport à un exercice particulièrement riche de comparaison des évolutions récentes des systèmes de santé et de prise en charge des dépenses intervenues dans huit pays européens.

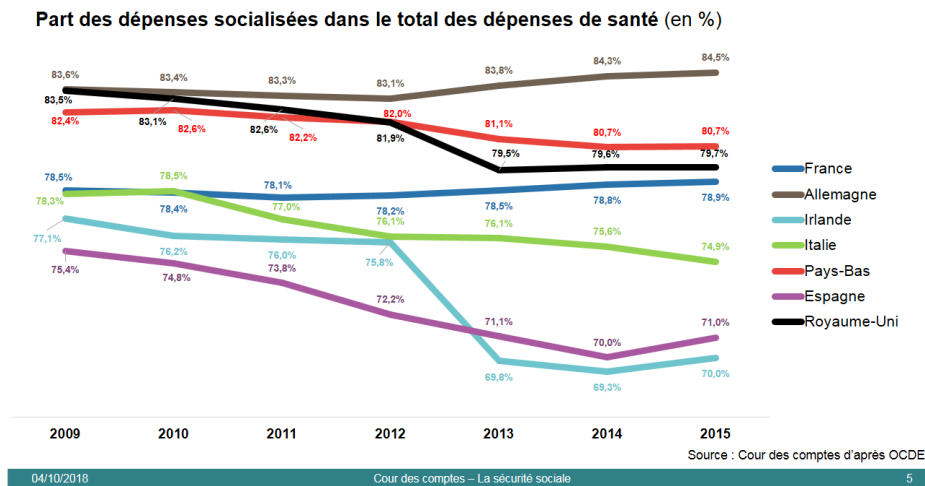
Cette comparaison nous est apparue est pertinente à double titre. D'abord ces systèmes sont confrontés à des enjeux structurels identiques aux nôtres. Vous les connaissez : le vieillissement de la population, l'extension des pathologies chroniques et le coût de l'innovation médicale. Ensuite, nos voisins ont eux-aussi été affectés bien sûr par les conséquences de la récession économique de 2008-2009, souvent plus durement.

Des enseignements se dégagent de ces comparaisons. Je me permettrai de vous en exposer quelques-unes brièvement.



Plusieurs pays européens, tout particulièrement ceux affectés par la crise des dettes souveraines, ont été contraints de réduire la prise en charge publique des dépenses de santé.

DE FORTES DIVERGENCES DANS L'ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES DE SANTÉ



Malgré une conjoncture dégradée, la France ne s'est pas engagée dans cette voie : la part des dépenses de santé socialisée par l'assurance maladie équivaut aujourd'hui globalement à celle de 2008, c'est-à-dire avant la crise. En outre, les pouvoirs publics français ont favorisé le développement des couvertures complémentaires santé, tout particulièrement dans le cadre de l'entreprise. Il en résulte que le taux moyen des dépenses de santé qui restent à la charge directe des ménages s'est replié : en 2015, il s'élevait à 6,8 %, contre 7,4 % en 2007. Il s'agit bien entendu d'une moyenne qui recouvre des situations diverses sur un plan individuel.

Pour autant, le maintien d'un haut niveau de socialisation des dépenses de santé dans notre pays s'accompagne de la récurrence de déficits significatifs et d'une certaine inertie de notre système de santé. Cette inertie affecte la pertinence comme la dynamique des dépenses prises en charge par l'assurance maladie.

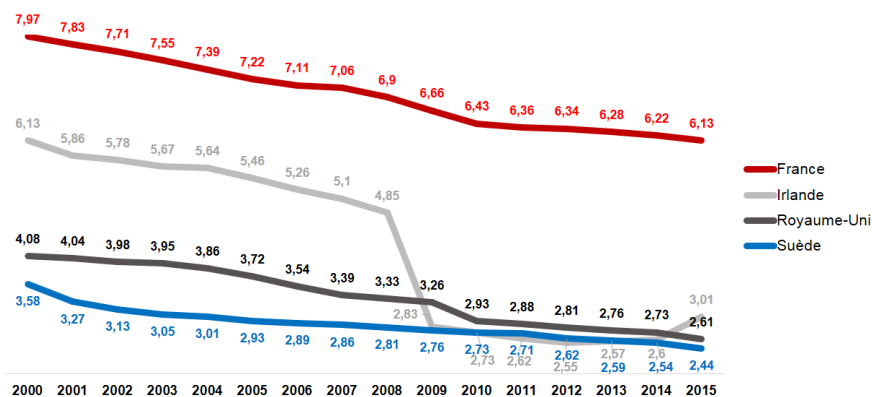
De cet exercice de comparaison, nous relevons par exemple que nos voisins européens régulent plus fortement la médecine de ville en fonction d'objectifs de santé publique. Les médecins y prescrivent aussi beaucoup plus souvent des médicaments génériques que chez nous.



Par ailleurs, nos voisins ont souvent restructuré en profondeur le secteur hospitalier, en réduisant fortement le nombre de lits et en hiérarchisant les missions des différents hôpitaux dans chaque territoire.

UN NOMBRE DE LITS D'HÔPITAL QUI RESTE ÉLEVÉ EN FRANCE PAR RAPPORT À D'AUTRES PAYS

Lits d'hôpital pour 1 000 habitants



Source : Cour des comptes d'après OCDE

04/10/2010

Cour des comptes – La sécurité sociale

6

Enfin, ils sont généralement très engagés dans l'utilisation des données numériques de santé. En France, à l'inverse, la prescription électronique par les médecins en est encore à un stade expérimental et la généralisation du dossier médical partagé s'engage à peine.

En définitive, ces comparaisons soulignent la nécessité d'améliorer l'efficacité de notre système de santé afin d'assurer sa soutenabilité sur le long terme. Pour cela, il convient de mobiliser activement plusieurs leviers.

Je souhaite illustrer devant vous quatre de ces leviers, détaillés dans le rapport qui vous est présenté aujourd'hui.

Je ne vous surprendrai pas en vous disant que la prévention constitue un premier levier d'efficacité de notre système de santé. Notre rapport développe ainsi le cas des maladies cardio-vasculaires. Elles ont un coût élevé. Humain tout d'abord. Si la mortalité liée à ces pathologies est en baisse et est la plus faible d'Europe, les maladies cardio-vasculaires touchent de manière chronique un nombre croissant de nos concitoyens : 4,5 millions en 2015 ; 8 % de la population française en 2020. Sur un tout autre plan, ces maladies ont aussi un coût financier puisqu'elles représentent plus de 16 Md€ de dépenses pour l'assurance maladie en 2016.

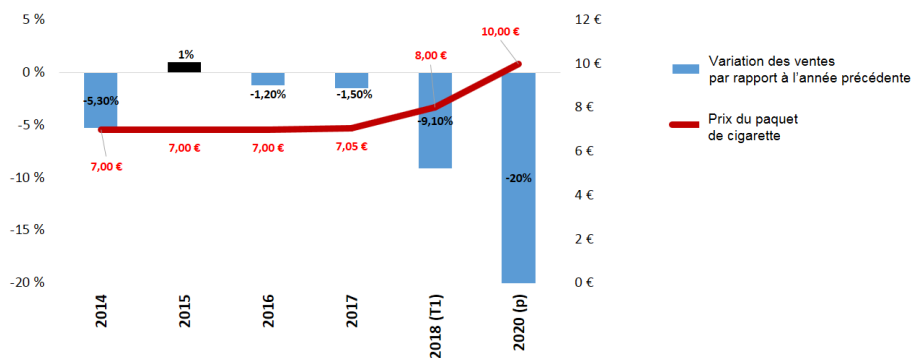
Les pathologies cardio-vasculaires s'étendent alors que leurs principaux déterminants sont bien connus : le tabac, l'alcool, la mauvaise alimentation et la sédentarité. Cette situation n'a rien d'inéluctable puisqu'il est possible d'agir en fait sur ces déterminants.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a ainsi programmé une forte augmentation du prix du tabac. Elle vise à porter de 6,80 € à 10 € le prix moyen du paquet de cigarettes entre 2017 et 2020. La première augmentation d'un euro du prix du paquet,



intervenue en mars 2018, a entraîné – et nous considérons que c'est très positif – une forte baisse de la consommation de tabac.

UNE HAUSSE DU PRIX DU TABAC QUI FAIT BAISSER LES VENTES DE PAQUETS DE CIGARETTES



Source : Cour des comptes

04/10/2018

Cour des comptes – La sécurité sociale

7

Il importe d'agir avec la même détermination sur les autres habitudes de vie qui favorisent les maladies cardio-neurovasculaires. À cette fin, la Cour préconise notamment un relèvement des impôts sur les alcools et les boissons sucrées.

Au-delà de la prévention, la morbidité des maladies cardio-neurovasculaires dépend aussi de la qualité et de la rapidité de leur prise en charge. La Cour souligne à cet égard plusieurs voies d'amélioration telles qu'une prise en charge mieux assurée des accidents transitoires précurseurs d'AVC, l'appropriation des gestes de premiers secours par un plus grand nombre de nos concitoyens et un plus large équipement des lieux accueillant du public en défibrillateurs.

Deuxième levier, c'est la réorganisation du système de santé.

Le cas des maladies cardio-vasculaires offre une illustration éloquentes des marges d'amélioration qui demeurent en matière d'organisation de notre système de santé. Ainsi, la fragmentation de l'offre de soins en un grand nombre d'unités de soins intensifs et de centres de cardiologie, dont la file active de patients est souvent réduite, affecte la qualité et la sécurité des prises en charge. Afin d'y remédier, il convient tout d'abord d'unifier les procédures d'autorisation d'activité, qui sont aujourd'hui accordées au coup par coup, sans vision d'ensemble. Il faut aussi fixer des seuils d'activité pour les nombreux domaines qui en sont encore dépourvus et relever les seuils trop bas. Il importe, enfin, d'appliquer effectivement les autorisations et seuils, ce qui n'est pas toujours le cas aujourd'hui. Au-delà des seules pathologies cardio-neurovasculaires, la réforme en cours des autorisations sanitaires a vocation à étendre ces principes d'organisation des soins à l'ensemble des prises en charge en établissement de santé.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins, c'est aussi favoriser le mode de prise en charge le mieux adapté à la situation des patients. À cet égard, il existe une voie prometteuse



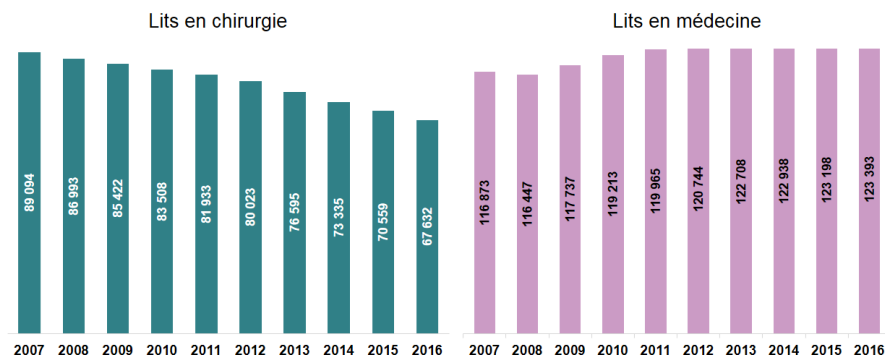
d'évolution de notre système de santé ; il s'agit du virage ambulatoire. Le principe est simple : lorsque cela est médicalement justifié, limiter les hospitalisations classiques avec nuitées sur place au profit d'hospitalisations de jour et recourir à des prises en charge médicale et paramédicale en ville plutôt qu'à des hospitalisations.

Le caractère souhaitable du virage ambulatoire pour améliorer la récupération et le bien-être des patients est bien documenté, et il existe dans beaucoup de pays. Pourtant, cette évolution est inégalement engagée.

Dans les établissements de santé, la part des séjours sans nuitée a fortement augmenté en chirurgie, sous l'effet notamment des incitations tarifaires mises en œuvre par les pouvoirs publics ; elle conserve néanmoins un important potentiel de développement. En revanche, l'ambulatoire ne se développe pas en médecine à l'hôpital. Comme en chirurgie, il convient de mettre en place une tarification incitative pour favoriser son développement, tout en veillant à ne pas créer d'effet d'aubaine durable par rapport aux coûts. Il faut aussi tirer les conséquences du virage ambulatoire en diminuant les capacités hospitalières. En effet, la réduction du nombre de lits en chirurgie est freinée par la fragmentation des activités chirurgicales entre plus de 800 établissements. Au mieux, le nombre de lits en médecine stagne.

UN NOMBRE DE LITS À L'HÔPITAL QUI BAISSE LENTEMENT EN CHIRURGIE ET AUGMENTE LÉGÈREMENT EN MÉDECINE

Nombre de lits en établissement de santé, tous statuts (en milliers)



Source : Cour des comptes

04/10/2018

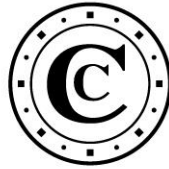
Cour des comptes – La sécurité sociale

8

Le virage ambulatoire de l'hôpital vers la médecine de ville et les professions paramédicales en ville reste quant à lui très largement à réaliser.

Cela me conduit à évoquer un troisième levier d'évolution de notre système de santé.

La généralisation de communautés professionnelles territoriales de santé bien structurées associant médecins généralistes, spécialistes et auxiliaires médicaux doit permettre de remédier à l'exercice isolé de la médecine. Il convient aussi de reconnaître selon nous plus largement qu'aujourd'hui aux auxiliaires médicaux – notamment les infirmiers – des compétences plus étendues, comme c'est le cas dans les pays anglo-saxons, sous réserve bien sûr d'un approfondissement de leur formation.



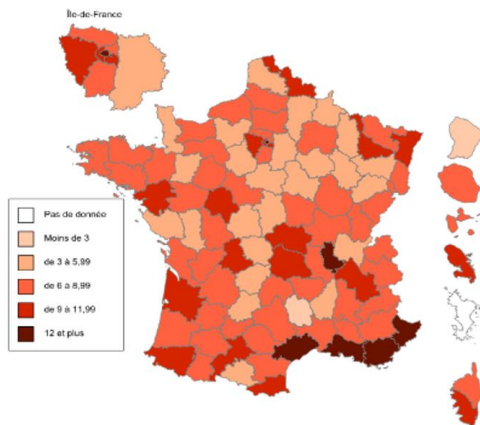
S'agissant du premier recours aux soins, le rapport examine la situation de plus en plus problématique des soins visuels.

Les pouvoirs publics se sont engagés à mettre en place en place des offres d'optique sans reste à charge pour les ménages, après intervention de l'assurance maladie et des assurances complémentaires. Déployées à partir de 2020, ces offres d'optique à reste à charge « 0 », qui occasionneront des dépenses publiques supplémentaires, vont remédier à la difficulté financière d'accès aux soins visuels. Les dépassements d'honoraires resteront toutefois un obstacle important. Les patients auront également à surmonter la difficulté persistante d'accès géographique aux soins, qui s'amplifie.

Dès à présent, la répartition inégale des ophtalmologues sur le territoire pénalise nombre de nos concitoyens pour obtenir une consultation dans un délai raisonnable.

UNE RÉPARTITION TRÈS INÉGALE DES OPHTALMOLOGUES SUR LE TERRITOIRE

Nombre d'ophtalmologues libéraux pour 100 000 habitants en 2017



Source : Cour des comptes d'après CNAM

04/10/2018

Cour des comptes – La sécurité sociale

9

À organisation inchangée, ces difficultés d'accès aux soins vont s'accroître.

Du fait des décisions de resserrement du numerus clausus et du nombre de places à l'internat prises de la fin des années 1980 à 2010, le nombre d'ophtalmologues va beaucoup diminuer jusqu'en 2030. Compte tenu de l'augmentation de la population, la densité médicale des ophtalmologues va baisser encore davantage, de l'ordre de 20 % en moyenne. Le temps médical disponible par patient chutera bien sûr encore plus.

Les réponses apportées à ce jour à cette pénurie croissante sont insuffisantes.

À l'instar d'autres pays, notamment le Royaume-Uni, la Cour préconise que les orthoptistes et les opticiens, dont la démographie est dynamique, prennent davantage en charge une partie des tâches aujourd'hui assumées par les ophtalmologues.

Les orthoptistes prendraient ainsi en charge en toute autonomie les soins de premier recours, notamment les bilans visuels et les prescriptions d'équipements d'optique. Les opticiens-lunetiers auraient quant à eux la possibilité de prescrire des équipements d'optique



médicale en première intention et non plus uniquement au titre de renouvellements, comme c'est le cas aujourd'hui.

Ces évolutions supposent bien entendu des garanties et des encadrements, notamment un approfondissement de la formation des professionnels concernés. Elles sont cependant capitales.

Quatrième et dernier levier de modernisation de l'assurance maladie présenté dans ce rapport : la tarification de certains actes et biens de santé.

À cet égard et pour rester dans le domaine des soins visuels, la Cour relève un ensemble de surcoûts qui ne lui apparaissent pas justifiés, par exemple le prix des médicaments utilisés pour le traitement d'une pathologie répandue, la DMLA humide [dégénérescence maculaire liée à l'âge]. Par ailleurs, la nomenclature médicale des actes d'ophtalmologie doit être rapidement révisée afin de prendre en compte les gains de productivité permis par le progrès des techniques.

Pour revenir à la prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires, la Cour constate également les incohérences manifestes et les effets d'aubaine qu'entraînent les grilles de la tarification à l'activité au regard des coûts de revient des séjours en établissement de santé. Elle appelle les pouvoirs publics à y mettre fin dans le cadre de la réforme annoncée du financement de ces établissements.

Avant d'aborder la troisième et dernière partie de mon propos, je me permettrai une remarque supplémentaire s'agissant de l'avenir de notre système de santé. La publication de ce rapport intervient presque simultanément à l'annonce du plan « Ma santé 2022 » par la ministre de la santé et des solidarités. La plupart des principes généraux d'action qu'énonce ce plan rejoignent des recommandations que la Cour a exprimées dans de précédentes publications ou qu'elle avance dans son rapport d'aujourd'hui. Naturellement donc, nous aurons à suivre avec attention la mise en œuvre de ce nouveau plan.

De manière générale, les faiblesses de notre système de santé et les évolutions qui permettraient d'y remédier font l'objet d'analyses convergentes. C'est souvent le cas, mais les actes tardent pourtant depuis longtemps à venir.

Dans ses travaux – et ce rapport ne fait pas exception – la Cour souhaite ainsi exprimer une conviction forte : avant qu'il ne soit questions de moyens supplémentaires, c'est d'abord d'une refonte en profondeur de son organisation dont notre système de santé a besoin, au bénéfice notamment de la prévention des accidents et des pathologies de santé et de la qualité des prises en charge. À cet égard, il est plus que temps que chaque nouvelle augmentation des rémunérations versées aux acteurs du système de santé comporte des contreparties mesurables au bénéfice des patients et de la collectivité. Cela n'a pas été le cas dans l'histoire conventionnelle récente.

*

J'achèverai mon propos sur un troisième et dernier constat, celui des marges de progrès qui demeurent dans l'organisation et le fonctionnement de la sécurité sociale.



J'évoquerai successivement trois leviers qui sont présentés dans ce rapport : la tarification des risques professionnels, la déclaration sociale nominative et les caisses de sécurité sociale de trois départements d'outre-mer.

S'agissant de l'amélioration de la santé au travail, la succession de rapports récents sur ce sujet témoigne de l'importance de cet enjeu. La Cour a souhaité apporter sa contribution à la réflexion engagée par les pouvoirs publics. Pour cela, elle s'est penchée sur la tarification des risques professionnels, c'est-à-dire la fixation annuelle des taux des cotisations d'accidents du travail et de maladies professionnelles appliquées par les employeurs.

Les règles juridiques qui président à la fixation de ces taux de cotisation sont très complexes. Les processus de gestion qui concourent à les calculer et à les appliquer sont particulièrement lourds. Chaque année, c'est ainsi plus de 2 millions de taux qui sont calculés et notifiés.

Pour autant, les taux de cotisation ne contribuent pas suffisamment à prévenir les risques professionnels. En effet, leur mode de calcul mutualise trop fortement le financement des prestations imputables à des accidents du travail et à des maladies professionnelles.

La Cour incite les pouvoirs publics à s'affranchir du statu quo et à fixer un cap clair en faveur de la prévention.

Plusieurs réformes nous apparaissent nécessaires : calculer les taux de cotisation au niveau de chaque entreprise et non plus de chaque section d'établissement ; mettre fin aux multiples exceptions qui grèvent les règles générales de tarification au bénéfice de certains secteurs d'activité ; relever nettement les taux de cotisation des entreprises dont la sinistralité est anormalement élevée dans leur domaine d'activité ; responsabiliser plus fortement les entreprises qui recourent à l'intérim et à la sous-traitance ; mutualiser le financement des maladies professionnelles différées au niveau de chaque domaine d'activité concerné, et non plus dans le cadre national.

Autre voie de progrès identifiée dans le rapport, la déclaration sociale nominative. Il s'agit d'une déclaration mensuelle sociale et fiscale extraite des fichiers de la paie. Entre 2015 et 2017, son utilisation a été rendue obligatoire pour l'ensemble des entreprises. Ce faisant, elle achève le processus de dématérialisation des déclarations sociales engagé dans les années 2000 et constitue un puissant vecteur de simplification, en intégrant à ce jour 29 déclarations préexistantes, soit 12 déclarations distinctes pour la plupart des entreprises.

La conception technique de la DSN et sa généralisation à l'ensemble des entreprises ont été réalisées avec succès.

Néanmoins, cet outil n'a pas encore tenu toutes ses promesses. Certaines fonctionnalités ne sont pas encore utilisées par toutes les entreprises. En outre, plusieurs déclarations restent encore à y intégrer.

À l'occasion d'un référé sur la taxe sur les salaires, publié hier, la Cour recommande ainsi que la taxe sur les salaires soit déclarée dans le cadre de la DSN. Par ailleurs, le nombre de données à déclarer par les entreprises dans le cadre de la DSN doit continuer à être réduit.

Enfin, l'État a reporté l'intégration des trois fonctions publiques à la DSN à 2022 au plus tard. Il importe que cette échéance soit tenue. En effet, l'utilisation de la DSN par l'État, les



collectivités territoriales et les hôpitaux constitue un enjeu fort d'efficacité de la gestion du secteur public, en permettant notamment de fiabiliser les déclarations de prélèvements sociaux et de suivre plus étroitement les effectifs et la masse salariale.

Un autre enjeu majeur de la mise en œuvre de la DSN est l'utilisation des données déclarées chaque mois par les employeurs afin d'améliorer le recours aux droits, d'assurer le paiement à bon droit des prestations sociales et de lutter contre la fraude aux prélèvements et aux prestations. À cet égard, les réseaux d'Urssaf, de la CPAM et de la CAF ont pris un retard significatif, nous souhaitons qu'ils puissent le combler rapidement.

Disposer chaque mois des données d'emploi et de rémunération des salariés et des fonctionnaires est un atout considérable pour mieux gérer la protection sociale. Une nouvelle impulsion doit donc être donnée à ce chantier de modernisation.

J'aborderai en dernier lieu l'exercice de leurs missions par les caisses de sécurité sociale dans trois départements d'outre-mer : la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique. Ces caisses sont de deux natures : des caisses d'allocations familiales, comme celles qui existent en métropole, et des caisses générales de sécurité sociale (CGSS), spécifiques aux DOM.

Le contexte économique et social exigeant de ces trois départements pèse indéniablement sur les conditions d'exercice de leurs missions par ces caisses. Toutefois, au-delà de ce contexte, la Cour constate que les résultats de gestion ne sont pas au rendez-vous dans trois domaines clés : le recouvrement des prélèvements sociaux, la conformité des prestations versées aux règles de droit et, pour certaines caisses, les délais de paiement des prestations.

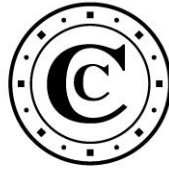
La Cour considère que les caisses générales de sécurité sociale réunissent une panoplie trop large de missions hétérogènes pour pouvoir être exercées correctement. Dans les CGSS et les CAF, à quelques exceptions près, les processus de gestion sont insuffisamment maîtrisés, les moyens consacrés aux fonctions support sont excessifs et l'offre de service est cloisonnée par branche malgré des publics identiques.

La Cour préconise non seulement la mise en œuvre urgente de mesures de redressement, mais aussi des évolutions institutionnelles : une spécialisation des caisses générales de sécurité sociale dans la gestion des prestations maladie, AT-MP et vieillesse, la création d'une Urssaf Antilles-Guyane étroitement pilotée par l'Acoss et des mutualisations d'activités entre les caisses locales et avec les caisses métropolitaines. À l'évidence, une rationalisation des organisations internes s'impose également.

Une autre condition à la performance accrue du service public de la sécurité sociale, en métropole comme dans les DOM cette fois, tient à l'informatisation des processus de gestion qui ne le sont pas encore, ou trop partiellement. Sur ce point, il est essentiel que les conventions d'objectifs et de gestion avec l'État pour 2018-2022 permettent aux branches de sécurité sociale de progresser.

*
* *

Voilà pour les principaux points délivrés par ce rapport.



Je voudrais à présent conclure sur un dernier message.

Un retour prochain à l'équilibre financier de la sécurité sociale, pour la première fois depuis 2001, est désormais possible. Cependant, ce redressement reste fragile et dépendant de notre conjoncture économique. Il doit être un accélérateur de réformes et non l'inverse. Parvenir à un équilibre structurel et pérenne des finances sociales est indispensable pour éviter que ne se reconstitue une dette sociale au détriment des générations futures. Ce qui fait que le déficit de nos comptes sociaux est récurrent, c'est qu'il s'agit de dépenses courantes, qu'il est légitime de faire financer par les générations actuelles et non par les générations futures.

Derrière les chiffres se cache en effet un enjeu essentiel : sauvegarder la fonction centrale de solidarité que remplissent les dépenses de sécurité sociale pour nos concitoyens.

Je vous remercie pour votre attention et me tiens, avec les magistrats qui m'entourent, à votre disposition pour répondre à vos questions.