

Cour des comptes



FINANCES ET COMPTES PUBLICS

LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Synthèse

Septembre 2014

■ AVERTISSEMENT

Le présent document est destiné 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

Présentation5

Une trajectoire de redressement des comptes sociaux à affermir

1 - La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : une réduction plus ralentie qu'attendu des déficits, une trajectoire de redressement très fragile9

2 - Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à 2013 : avis sur la cohérence13

3 - L'ONDAM : une efficacité réduite en 2013, une construction à revoir ..17

4 - La lutte contre les fraudes aux cotisations sociales : des enjeux sous-estimés, une action à intensifier21

Des lois de financement de la sécurité sociale à moderniser pour un pilotage plus efficace des finances sociales

5 - Les lois de financement de la sécurité sociale : une ambition à élargir .25

6 - Les prévisions financières intégrées aux lois de financement de la sécurité sociale : une fiabilité à renforcer, un suivi à mieux assurer29

Des dépenses de ville à réguler beaucoup plus vigoureusement

7 - L'ONDAM pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster31

8 - Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense33

9 - La diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés37

10 - Les dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée41

SOMMAIRE

Des gains d'efficience à mobiliser plus fermement à l'hôpital

- 11 - Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel45
- 12 - Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser49
- 13 - L'assurance maternité, une place à clarifier53
- 14 - Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire57
- 15 - Les dépenses de personnel des cliniques privées : une charge pour l'assurance maladie à mieux connaître61

Les retraites des indépendants : la nécessité d'un effort contributif accru

- 16 - Les retraites des artisans et des commerçants : une soutenabilité menacée, un poids croissant pour la collectivité nationale63

Des progrès indispensables dans la gestion de la sécurité sociale

- 17 - Le réseau du régime social des indépendants : une réorganisation à achever67
- 18 - Le recouvrement des cotisations sociales en Corse : une crédibilité à établir71
- 19 - La gestion des personnels de direction des organismes de sécurité sociale : une stratégie à construire75

PRÉSENTATION

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

Une trajectoire de redressement des comptes sociaux à affermir

En 2013, la réduction du déficit de la sécurité sociale, qui s'établit à fin 2013 à -16 Md€, a été plus lente que prévu par la loi de financement initiale. La dégradation de la conjoncture économique n'en est pas la cause principale : la majeure partie du déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse est structurelle. La réduction obtenue (à hauteur de 3,1 Md€) l'a été davantage par l'apport déterminant de recettes nouvelles (7,6 Md€) que par l'effort sur les dépenses dont le rythme d'augmentation n'a que faiblement fléchi.

La trajectoire votée pour 2014 (loi de financement rectificative du 8 août 2014) apparaît d'ores et déjà compromise, du fait de l'évolution du contexte macro-économique au cours de l'été. Le scénario d'un retour à l'équilibre en 2017 est des plus incertains : il supposerait un doublement du rythme de réduction du déficit dans les trois ans qui viennent, alors même que les hypothèses de croissance et d'inflation sur lesquelles elle repose sont remises en question.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté pour 2013, impliquant une progression plus rapide de ces dépenses qu'en 2012, était peu contraignant. Il a été certes respecté : les dépenses effectives ont été inférieures de 1,4 Md€ à cet objectif, sans qu'on puisse y voir un signe de maîtrise renforcée des dépenses. D'une part, leur augmentation n'a pas été moins rapide qu'en 2012 et est demeurée plus forte que celle de la richesse nationale. D'autre part, l'objectif lui-même avait été trop largement calculé, du fait notamment de divers biais de construction, qui se sont superposés et qui ont largement facilité son respect.

Le retour à l'équilibre des comptes sociaux reste un impératif. Il suppose ainsi au premier chef une maîtrise plus rigoureuse des dépenses, qui passe en premier lieu par des réformes structurelles, même si l'intensification indispensable de la lutte contre la fraude aux cotisations sociales, dont le montant peut être estimé entre 20 et 25 Md€, peut y contribuer aussi.

PRÉSENTATION

Des lois de financement de la sécurité sociale à moderniser

Près de dix ans après leur dernière réforme, la Cour a particulièrement analysé l'apport et les limites des lois de financement de la sécurité sociale pour le pilotage des finances sociales. Elle met en lumière les progrès à leur apporter en termes d'élargissement de leur champ, de plus grande fiabilité de leurs prévisions, de renforcement de l'effet de régulation des objectifs de dépenses qu'elles comportent, de meilleure analyse de leurs résultats, et de renforcement de l'information et des possibilités de contrôle du Parlement. Dans le nouveau contexte de gouvernance des finances publiques, il importe de développer leur contribution à une maîtrise efficace des dépenses sociales.

Des dépenses de ville à réguler beaucoup plus vigoureusement

Dans le prolongement de ce qu'elle avait fait l'an dernier sur l'ONDAM hospitalier, la Cour a cette année analysé dans le détail les biais de construction qui facilitent largement le respect de l'ONDAM « soins de ville », au risque de mettre en cause la sincérité de la loi de financement et d'émousser de plus en plus le rôle de régulation de l'objectif de dépenses d'assurance maladie lui-même.

Des modalités de construction plus rigoureuses sont indispensables pour peser plus réellement et plus efficacement sur une dépense où les marges d'économies à mobiliser apparaissent considérables.

Dans le secteur de la médecine de ville, les relations conventionnelles avec les professionnels de santé ont constitué jusqu'ici l'instrument privilégié de régulation, mais ont échoué à répondre à leurs objectifs. Les modalités de diffusion des médicaments génériques doivent être réorientées pour combler un écart considérable avec nos voisins européens et dégager un potentiel d'économies de l'ordre de 2 Md€. Après ses travaux de 2013 sur les prothèses auditives et optiques, la Cour a analysé aussi la dépense liée aux dispositifs médicaux, domaine négligé, malgré son dynamisme et son coût considérable, qui doit faire l'objet d'une action plus déterminée et mieux outillée de maîtrise.

PRÉSENTATION

Des gains d'efficience à mobiliser plus fermement à l'hôpital

Dans le secteur hospitalier, la Cour a examiné le principal poste de dépense des établissements de santé, les dépenses de personnel. Dans les hôpitaux publics, l'augmentation de la masse salariale s'est ralentie malgré une progression soutenue des effectifs mais cette évolution, au demeurant sans doute sous-estimée du fait notamment du gonflement en parallèle des comptes épargne-temps dont le montant est mal connu, apparaît précaire à plusieurs titres. Une maîtrise accrue de la dépense exige un meilleur pilotage par les pouvoirs publics, qui doivent renforcer à cet effet leurs outils d'analyse et de régulation, et une recherche plus active de gains de productivité par une accélération des recompositions hospitalières. Dans le secteur privé à but lucratif, dont les personnels sont gérés selon des modalités très différentes, se constate une connaissance très imprécise de la réalité des coûts, que la Cour a pu toutefois partiellement combler pour ce qui est de la rémunération des équipes médicales en termes de montant des honoraires opposables et des dépassement perçus. Ces difficultés ne devraient pas empêcher pour autant les administrations de mettre en œuvre une démarche comparative entre les deux secteurs.

Plus généralement, le décroisement de la médecine de ville et du secteur hospitalier demeure au centre des gains d'efficience à dégager dans l'organisation du système de soins, comme le montre, dans le rapport, l'analyse de la fréquentation et de l'organisation des urgences hospitalières, qui met en lumière l'importance du potentiel d'économies, de l'ordre de 500 M€, que permettrait une orientation vers une prise en charge en ville de certains « passages évitables », celle des prises en charge dans le cadre de l'assurance maternité, où une réduction de la durée moyenne de séjour en maternité, nettement plus élevée qu'à l'étranger, accompagnée d'un renforcement de l'accompagnement à domicile, générerait également des économies non négligeables. Ce devrait être l'objectif principal des projets régionaux de santé élaborés par les agences régionales de santé, mais force est de constater à leur examen que leur cadre a été trop peu opérationnel à cet égard.

Les retraites des indépendants, la nécessité d'un effort contributif accru

La Cour a examiné après ceux l'an dernier des exploitants agricoles et des professions libérales, les régimes de retraite des artisans et des commerçants,

PRÉSENTATION

marqués par la dégradation des perspectives financières des régimes de base et des difficultés préjudiciables aux assurés de liquidation des pensions. La disparition de la ressource constituée par la C3S dans le contexte d'intégration au régime général obligera à dégager de nouvelles recettes, et notamment à demander aux indépendants d'accroître un effort contributif qui est actuellement inférieur à celui des autres assurés.

Des progrès indispensables dans la gestion de la sécurité sociale

La Cour a analysé les effets encore limités de la restructuration du réseau des caisses du régime social des indépendants (RSI) sur leur gestion, les difficultés multiples du recouvrement des cotisations sociales en Corse et la gestion encore insuffisamment active des personnels de direction des caisses. Dans tous les cas, elle a mis en lumière la nécessité et l'ampleur des progrès d'efficacité à accomplir.

Revenir au plus vite à l'équilibre des comptes sociaux, en affermir la trajectoire sont autant d'enjeux fondamentaux. Le réussir est possible. À tous les niveaux, des économies peuvent être faites sans remettre en cause notre modèle social.

C'est dans cette perspective que s'inscrivent les analyses et recommandations de la Cour.



La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : une réduction plus ralentie qu'attendu des déficits, une trajectoire de redressement très fragile

Une réduction plus lente que prévue des déficits en 2013

Le besoin de financement des régimes obligatoires de base et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est élevé à -16 Md€, soit une réduction de -3,1 Md€ en 2013 par rapport à 2012, plus faible que prévue par la loi de financement initiale pour 2013 (-3,7 Md€) et inférieure à celle des années précédentes (-3,5 Md€ en 2012, -7 Md€ en 2011).

Cette réduction ralentie du déficit n'est pas majoritairement due à la dégradation de la conjoncture économique. Pour le seul régime général et le FSV, le déficit structurel peut être estimé à -8,7 Md€, soit 57 % du déficit total (-15,4 Md€).

Un apport déterminant de recettes supplémentaires, une dépense qui ne s'infléchit que faiblement

La progression des recettes du régime général et du FSV (+3,6 %, +11,1 Md€) a reposé pour les deux tiers sur des prélèvements sociaux additionnels (+7,6 Md€).

Les dépenses ont progressé de +2,7 % (+9 Md€), à un rythme à peine infléchi par rapport à l'année précédente (+2,9 %). Il reste très supérieur à la progression du PIB en valeur (+1,1 %) et de la masse salariale (+1,2 %).

Ce mode de redressement a atteint ses limites : l'apport de ressources supplémentaires par de nouveaux prélèvements ou des hausses de recettes n'a permis de réduire le déficit du régime général et du FSV que de 2,1 Md€.

Une baisse des déficits limitée et fragile en 2014

Le Parlement a voté à l'été 2014 une loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS), qui revoit à la baisse l'ambition initiale de réduction du déficit, à -13,6 Md€ contre -13,2 Md€ en loi de financement initiale, soit une réduction de -2,4 Md€ par rapport à 2013 pour l'ensemble des régimes obligatoires et le FSV.

Comme en 2013, la réduction du déficit du régime général et du FSV serait

La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : une réduction plus ralentie qu'attendu des déficits, une trajectoire de redressement très fragile

principalement obtenue par la hausse des recettes (+3 %, +10,3 Md€) et, en leur sein, par des recettes nouvelles (+5,8 Md€).

Dans le même temps, malgré les effets de la réforme des retraites et les mesures sectorielles d'économies, les dépenses continueraient à croître de +2,4 % (+8,2 Md€), plus rapidement que le PIB en valeur et la masse salariale.

L'évolution du contexte macro-économique au cours de l'été compromet l'atteinte de ces objectifs pourtant déjà revus à la baisse.

Une trajectoire très incertaine de retour à l'équilibre en 2017

Les projections de la LFRSS 2014 prévoient que les déficits du régime général et du FSV se résorbent deux fois plus rapidement entre 2015 et 2017 qu'entre 2012 et 2014.

Une progression dynamique des recettes (+3,5 % en moyenne annuelle sur 2015-2017), du fait d'une prévision d'accélération de la croissance du PIB en valeur (+3,7 % en moyenne annuelle sur la période contre +1,6 % sur la période précédente), devait permettre, avec un infléchissement limité

de la dépense (+2,4 % contre +2,7 % sur la période antérieure), de réduire rapidement les déficits du régime général et du FSV, et d'infléchir, dès 2015, la dette sociale portée par la CADES.

Ce scénario de retour à l'équilibre largement fondé sur une accélération de la progression spontanée des recettes apparaît très incertain.

La conjonction des risques pesant sur les prévisions de recettes, au regard notamment des estimations les plus récentes de PIB et d'inflation, et de la faible progression naturelle des assiettes de prélèvements sociaux pourrait conduire à décaler le retour à l'équilibre de la sécurité sociale et l'inflexion de la dette sociale au-delà de 2017.

Pour ne pas différer une nouvelle fois le retour à l'équilibre si ces risques venaient à se réaliser, il importe de dégager des marges de précaution par un effort accru sur les dépenses avec la mise en œuvre de réformes structurelles, dont les chapitres du RALFSS illustrent année après année les champs d'application possibles.

La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : une réduction plus ralentie qu'attendu des déficits, une trajectoire de redressement très fragile

Recommandations

1. renforcer les mesures structurelles d'économies, telles que celles recommandées en divers chapitres du présent rapport, afin de réduire durablement le rythme de progression des dépenses et conforter les prévisions de retour à l'équilibre des comptes sociaux d'ici 2017 ;

2. présenter dans la loi de financement de la sécurité sociale une évaluation a posteriori du rendement effectif des mesures nouvelles adoptées l'année précédente ;

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



Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à 2013 : avis sur la cohérence

La Cour a la mission de vérifier la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial, établis par le ministère chargé de la sécurité sociale et soumis à l'adoption du Parlement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. À cette fin, elle a examiné la pertinence et la fiabilité de l'information que ces documents contiennent pour le pilotage financier de la sécurité sociale.

Les tableaux d'équilibre : des soldes conformes aux états financiers, mais une information toujours en grande partie inadaptée

Trois tableaux d'équilibre distincts retracent les produits (« recettes »), les charges (« dépenses ») et le résultat (« solde ») de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Comme les années précédentes, la présentation du résultat du FSV dans une rubrique distincte de ceux des régimes de base et du régime général affecte la présentation de ces derniers. En effet, elle conduit à minorer le déficit des régimes de base (-13,1Md€) du montant du déficit du FSV (-2,9 Md€). Celui du régime géné-

ral (-12,5 Md€) est également minoré de la quote-part du déficit du FSV induite par les concours financiers de ce dernier à sa branche vieillesse (-2,6 Md€).

Comme les années précédentes, les montants de produits (« recettes ») et les charges (« dépenses ») indiqués dans les tableaux d'équilibre font l'objet de contractions qui sont injustifiées dans leur principe et induisent des distorsions importantes dans la présentation de leur évolution par rapport à l'année précédente.

Comme précédemment, le Parlement est invité à approuver les tableaux d'équilibre sans disposer d'une information suffisante sur la nature, l'évolution par rapport à l'année précédente et les écarts par rapport aux prévisions des produits et des charges à l'origine de la formation des résultats.

À cet égard, la Cour souligne à nouveau que les informations contenues dans les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale ne compensent pas les lacunes qu'elle relève au titre des tableaux d'équilibre. Ces rapports n'ont pas la qualité d'une annexe au projet de loi de finan-

Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à 2013 : avis sur la cohérence

cement et ne sont pas conçus pour fournir au Parlement une information de synthèse sur la formation des résultats des régimes de sécurité sociale et du FSV, complétée d'une information détaillée sur les produits et les charges.

Au-delà, la qualité des données comptables prises en compte dans les tableaux d'équilibre et, à un moindre degré, le tableau patrimonial demeure affectée par les observations sur le contrôle interne et les comptes exprimées par la Cour et par les commissaires aux comptes dans le cadre de leurs missions respectives.

Le tableau patrimonial : une conception pertinente, une information de qualité

Contrairement aux tableaux d'équilibre, le tableau patrimonial des régimes de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement (FSV), à la mise en réserve de recettes à leur profit (fonds de réserves pour les retraites – FRR) et

à l'amortissement de leur dette (caisse d'amortissement de la dette sociale – CADES) procède d'une conception pertinente, qui a largement tenu compte en 2013 des imperfections relevées antérieurement par la Cour.

Le Parlement est dûment éclairé sur les données relatives aux actifs et aux passifs de la sécurité sociale soumises à son approbation dans le cadre du tableau patrimonial, compte tenu des informations qui figurent à l'annexe 9 au projet de loi de financement annuel.

La seule difficulté significative qui demeure porte sur la justification des actifs et des passifs intégrés au tableau patrimonial au titre des régimes de base du régime social des indépendants (RSI), en raison d'éléments d'information insuffisants pour apprécier la correcte ventilation des données de bilan du RSI entre régime de base et régimes complémentaires.

Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à 2013 : avis sur la cohérence

Recommandations

4. améliorer l'information procurée sur les résultats effectifs de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général en intégrant une rubrique propre au fonds de solidarité vieillesse (FSV) dans les tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale d'une part et du régime général de sécurité sociale d'autre part (recommandation réitérée) ;

5. assurer une information appropriée du Parlement sur la formation des soldes retracés par les tableaux d'équilibre, en mettant fin aux contractions injustifiées de produits et de charges et en intégrant à l'annexe 4 au projet de loi de finance-ment des informations d'un niveau de détail approprié sur la consistance, l'évolution et les écarts par rapport aux prévisions des produits et des charges (recommandation réitérée).



L'ONDAM : une efficacité réduite en 2013, une construction à revoir

Depuis 1996, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dont le montant est voté chaque année en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), est le principal outil de régulation de la dépense dans le domaine de la santé.

Une augmentation de l'ONDAM voté plus forte qu'en 2012

L'ONDAM a été voté en LFSS pour 2013 en progression de +2,7 % (+4,6 Md€), contre +2,5 % en LFSS pour 2012, traduisant un moindre effort de maîtrise de la dépense, principalement en raison de la hausse des sous-objectifs relatifs aux soins de ville et aux établissements hospitaliers.

Une dépense d'assurance maladie qui ne ralentit pas

L'exécution de l'ONDAM s'établit fin 2013 à 174,0 Md€, contre 175,4 Md€ prévus en LFSS. Depuis 2010, cet écart négatif à l'exécution s'accroît chaque année.

Ce constat ne doit cependant pas masquer une absence de ralentissement de la dépense en 2013. Le taux de progression provisoire de l'ONDAM exécuté s'établit à ce stade en 2013 à

+2,4 %, comme celui annoncé en 2012 à la même période, ce qui traduit un coup d'arrêt dans le ralentissement des dépenses constaté ces dernières années. Les dépenses d'assurance maladie ont ainsi augmenté deux fois plus vite en 2013 que le PIB en valeur.

Encore ce taux d'exécution provisoire ne prend-il pas en compte le dénouement des provisions. Une fois « dénouées », c'est-à-dire une fois connue la consommation définitive de ces provisions, le taux d'exécution de l'ONDAM pourrait être légèrement infléchi à +2,2 %, soit un niveau en tout état de cause égal à celui de 2012.

Un ONDAM surestimé du fait de biais de construction

Le mode de construction de l'objectif de dépense a conduit à la constitution de marges de précaution à tous les stades de son élaboration.

D'une part, la base de référence retenue, c'est-à-dire le niveau d'exécution de l'ONDAM en 2012, avait été fortement surestimée au moment du vote de la LFSS pour 2013. Cet « effet de base » s'élève en 2013 à 0,8 Md€. Sur les trois dernières années, le sur-calibrage des provisions n'a de fait pas été

L'ONDAM : une efficacité réduite en 2013, une construction à revoir

suffisamment corrigé d'une année sur l'autre.

D'autre part, le taux d'évolution spontané retenu pour construire l'objectif de dépenses, dit « le tendanciel », a été surestimé autant pour les soins de ville que pour les établissements de santé. Ces tendanciels retenus, reposant largement sur des tendances historiques, ne prennent pas suffisamment en compte les dynamiques propres aux dépenses de ville et des établissements.

Enfin, les économies appliquées à cette base augmentée de sa croissance tendancielle estimée, n'étaient documentées que pour partie, correspondant pour une assez large part à une action normale des caisses plus qu'à de réelles économies. Elles se situaient en outre, pour l'ONDAM 2013, à un niveau (-1,8 Md€) sensiblement inférieur à celui prévu dans la LFSS pour 2012 (-2,15 Md€).

Ces biais de construction ont largement facilité la « sous-exécution » de l'ONDAM alors même que le rythme de progression de la dépense n'a pas ralenti d'une année sur l'autre.

La nécessité d'une construction plus rigoureuse de l'ONDAM

L'ONDAM doit gagner en capacité de régulation infra- et pluriannuelle de la dépense. En particulier, le seuil de dépassement prévisible au-delà duquel l'assurance maladie doit proposer des économies, après avis du comité d'alerte de l'ONDAM, actuellement fixé à +0,5 %, doit être abaissé.

Si la loi de financement rectificative pour 2014, qui corrige l'intégralité de l'effet de base connu en 2013 (0,8 Md€), constitue un progrès, une construction rigoureuse de l'ONDAM est absolument indispensable dans la durée pour une régulation plus ambitieuse et plus efficace de la dépense d'assurance maladie.

L'ONDAM : une efficacité réduite en 2013, une construction à revoir

Recommandations

6. déterminer la base de référence de l'ONDAM à partir du résultat de l'exécution de l'année n-2 après dénouement des provisions ;

7. insérer, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, une annexe consacrée à la méthode de construction de l'ONDAM comportant toutes les informations nécessaires sur les choix ayant conduit à la détermination de la base et à la fixation des tendanciels par sous-objectif ainsi qu'une présenta-

tion des méthodes d'évaluation des économies prévues et de leur réalisation ;

8. en fonction des tendances observées, différencier davantage les taux d'évolution des sous-objectifs ONDAM ville et ONDAM hospitalier ;

9. abaisser le niveau du seuil d'alerte afin qu'il conserve son efficacité et son rôle de régulation de la dépense d'assurance maladie.



La lutte contre les fraudes aux cotisations sociales : des enjeux sous-estimés, une action à intensifier

Les cotisations versées aux organismes de protection sociale (régime général et autres régimes obligatoires de base, régimes complémentaires de retraite, assurance-chômage) atteignaient en 2011 selon les comptes de la protection sociale 346,2 Md€, soit 17 % du PIB. Associées aux autres contributions (CSG, CRDS) assises sur la masse salariale, elles assurent les deux tiers du financement de la protection sociale.

Une fraude supérieure à un point de PIB

Selon une enquête réalisée par l'ACOSS à la demande de la Cour, sur un périmètre élargi à l'assurance chômage (UNEDIC) et aux retraites complémentaires obligatoires (AGIRC-ARRCO), le montant des cotisations et contributions éludées serait de l'ordre de 20 à 25 Md€ en 2012, soit 5 % de leur montant total (y compris CSG et CRDS) et un montant double de celui évalué lors d'une précédente étude effectuée en 2007. Il n'existe cependant pas d'estimation fiable régulièrement mise à jour de la fraude aux cotisations.

La plus grande part de cette fraude est constituée du travail dissimulé,

auquel s'ajoutent des irrégularités intentionnelles dans le calcul de l'assiette de cotisation.

La fraude est plus importante dans des secteurs comme la construction ou le commerce (avec des taux de fraude estimés de 22 et 12 %), et demeure sous-estimée dans les secteurs agricole et des indépendants du fait de l'insuffisance des contrôles.

Des redressements rares et un recouvrement dérisoire des cotisations éludées

À côté des formes traditionnelles de fraude qui persistent (sous-déclaration d'activité), de nouvelles pratiques se nourrissent de la complexification des lois et des règlements, liée en particulier au statut de travailleur détaché à l'étranger ou au régime des auto-entrepreneurs.

Malgré des progrès ces dernières années, l'efficacité des redressements apparaît très faible au regard des montants en jeu : le niveau des redressements est inférieur à 1 Md€ en 2013. Le travail illégal, qui constitue la part massive de la fraude aux cotisations, n'en représente que 291 M€.

La lutte contre les fraudes aux cotisations sociales : des enjeux sous-estimés, une action à intensifier

Par ailleurs, le taux de recouvrement des redressements notifiés pour travail dissimulé reste limité à environ 10 à 15 %. Les sommes effectivement perçues à ce titre s'avèrent ainsi dérisoires au regard de la fraude totale.

Une lutte contre la fraude à renforcer et à professionnaliser

La lutte contre la fraude a connu des avancées et constitue désormais une préoccupation partagée par l'ensemble des organismes chargés du recouvrement. Les moyens restent à compléter et à mieux exploiter.

Concernant le régime général, les techniques utilisées par les URSSAF gagneraient à être modernisées. Leurs moyens sont insuffisamment concentrés sur la lutte contre le travail illégal. En comparaison avec le recouvrement fiscal, les équipes de lutte contre la fraude sociale bénéficient de préroga-

tives moindres, et les majorations applicables en cas de fraude avérée sont beaucoup plus faibles que pour la fraude fiscale.

Alors que ces régimes concentrent une part importante des enjeux, la Mutualité sociale agricole (MSA) dispose d'une fonction de contrôle très peu professionnalisée, tandis qu'au régime social des indépendants (RSI), la lutte contre la fraude est quasiment inexistante.

L'échange de signalements, les coopérations et les mutualisations entre réseaux de recouvrement apparaissent toujours embryonnaires. Il n'existe ainsi toujours aucun contrôle d'assiette sur les cotisations au titre de la retraite complémentaire (56 Md€), bien que la loi de financement de la sécurité sociale en ait acté le principe dès 2007.

La lutte contre les fraudes aux cotisations sociales : des enjeux sous-estimés, une action à intensifier

Recommandations

10. procéder à intervalle régulier à une estimation de la fraude aux cotisations sociales, selon une méthodologie rigoureuse et harmonisée appliquée à un champ exhaustif ;

11. renforcer les moyens d'action des organismes sociaux contre la fraude aux cotisations, notamment en renforçant leurs pouvoirs d'investigation, en les dotant de nouveaux outils plus efficaces en matière de recouvrement des montants redressés et en augmentant fortement les pénalités ;

12. mettre en place sans délai le contrôle par les URSSAF des cotisations aux régimes complémentaires obligatoires de retraite des salariés ;

13. mobiliser fortement la MSA sur les enjeux de la lutte contre la fraude aux cotisations par la fixation d'ob-

jectifs spécifiques, accompagnée de la révision de ses procédures et d'une réorganisation de ses moyens ;

14. faire de la lutte contre la fraude aux cotisations une priorité du RSI, en restaurant sans délai une politique d'ensemble fixant aux caisses locales des objectifs de taux de contrôle, de redressement et de recouvrement ;

15. constituer dans la branche recouvrement du régime général, en tant que de besoin, des équipes interrégionales de lutte contre la fraude et créer une direction nationale d'enquête chargée de combattre la « grande fraude » celle qui concerne les grandes entreprises.



Les lois de financement de la sécurité sociale, une ambition à élargir

Dix-huit ans après leur institution, les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) restent le principal instrument pour piloter la dépense de sécurité sociale. La persistance des déficits de la sécurité sociale et le nouveau contexte de gouvernance des finances publiques invitent toutefois à réévaluer cet instrument pour lui donner un nouveau souffle.

Élargir le périmètre des LFSS

Le périmètre actuel des LFSS est plus restreint que celui de l'ensemble du champ des administrations de sécurité sociale (ASSO) incluses dans les administrations publiques (APU) au sens du Traité de Maastricht.

Il conviendrait d'y inclure les régimes de retraite complémentaire obligatoire du secteur privé (AGIRC-ARRCO) et le régime d'assurance chômage (UNEDIC), qui, en 2012, représentent 102 Md€ de dépenses, au sein d'une « loi de financement de la protection sociale obligatoire » déjà recommandée par la Cour.

Mieux documenter l'effort structurel

Les notions de solde et d'effort structurels, précieuses pour distinguer les parts respectives de la conjoncture et des mesures discrétionnaires sur

l'évolution de la trajectoire financière, sont désormais au cœur des engagements européens de la France et des lois de programmation des finances publiques.

Pourtant, dans la sphère de la sécurité sociale, ces notions restent insuffisamment utilisées pour piloter le redressement des comptes sociaux. Pour donner toute sa lisibilité à la trajectoire de retour à l'équilibre, les LFSS pourraient indiquer annuellement quel est le solde et l'effort structurel des régimes obligatoires de base et compléter les informations rétrospectives actuelles par des projections de moyen terme de soldes et d'effort structurel.

Rénover les instruments de maîtrise de la dépense

Dans l'architecture actuelle des LFSS, les objectifs de dépenses sont détaillés par branche sur quatre années. Mais, à l'exception de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), ces objectifs ne sont pas déclinés en sous-objectifs, ne détaillent pas les mesures d'économies nécessaires pour les atteindre, et ne disposent pas de « corde de rappel » si un possible dépassement est constaté.

Les lois de financement de la sécurité sociale, une ambition à élargir

Certaines mesures de maîtrise infra-annuelle telles qu'un gel de précaution ou la mise sous conditions de certaines revalorisations pourraient être prévues pour la branche famille notamment.

Supprimer à terme les transferts des déficits structurels de la sécurité sociale à une caisse d'amortissement

L'accumulation des déficits, la capacité donnée à l'ACOSS de les préfinancer par un endettement à court terme et la multiplication des autorisations de transferts à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ont détourné le dispositif mis en place en 1996 de ses objectifs originels de cantonnement provisoire d'une dette exceptionnelle et de responsabilisation collective.

Lorsque le retour à l'équilibre effectif de la sécurité sociale aura été atteint, il est indispensable d'éviter de relancer une spirale de dette sociale par une accumulation de déficits à caractère structurel.

Afin de prévenir la reconstitution de déficits récurrents de la sécurité sociale, la Cour recommande d'interdire en régime de croisière les reprises de déficit à caractère structurel par une caisse d'amortissement.

Des méthodes éclatées de prévision à harmoniser et rendre plus robustes

Pour l'élaboration de ses prévisions, l'administration centralise les données en provenance des différents régimes de sécurité sociale, qui affectent des moyens variables à cette tâche, et s'appuie le cas échéant sur des expertises émanant du ministère de l'économie et des finances.

La Cour recommande que soit votée une véritable « loi de résultat » conjointement à la loi de règlement votée annuellement pour le budget de l'État, mais aussi que soit instaurée une discussion unifiée des volets « recettes » des lois de finances et des LFSS.

Les lois de financement de la sécurité sociale, une ambition à élargir

Recommandations

16. transformer la loi de financement de la sécurité sociale en une loi de la protection sociale obligatoire élargie aux régimes sociaux conventionnels pour couvrir l'ensemble du champ des administrations de sécurité sociale (ASSO) ;

17. distinguer une « loi de résultat » de la sécurité sociale, présentée dans un calendrier convergeant avec celui de la loi de règlement, et une loi de financement à l'automne portant sur l'exercice en cours et à venir ;

18. articuler plus étroitement l'examen par le Parlement des lois financières, notamment en organisant un volet commun de discussion des volets recettes du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale (recommandation réitérée) ;

19. supprimer la possibilité de faire reprendre les déficits structurels de la sécurité sociale par un organisme comme la CADES, une fois les comptes sociaux revenus à l'équilibre ;

20. décliner l'ONDAM pluriannuel en sous-objectifs assortis des mesures nécessaires à leur respect ;

21. mettre en œuvre un pilotage infra-annuel de l'objectif de dépenses de la branche famille ;

22. présenter dans la loi de financement de la sécurité sociale des projections pluriannuelles en termes de soldes et d'efforts structurels pour les régimes obligatoires de base.



Les prévisions financières intégrées aux lois de financement de la sécurité sociale : une fiabilité à renforcer, un suivi à mieux assurer

La fiabilité, l'exactitude et la sincérité des prévisions financières sont déterminantes pour le respect de la trajectoire des comptes sociaux.

Des méthodes de prévision à harmoniser et à rendre plus robustes

Pour l'élaboration de ses prévisions, l'administration centralise les données en provenance des différents régimes de sécurité sociale, qui affectent des moyens variables à cette tâche, et s'appuie le cas échéant sur des expertises émanant du ministère de l'économie et des finances.

Les modèles de prévision utilisés dans les caisses n'ont pas atteint un même degré de maturité. Certains dispositifs avec des impacts inter-régimes forts (par exemple le minimum contributif de retraite) s'avèrent difficiles à simuler, tout comme certaines mesures nouvelles (comme les mécanismes de décote et surcote).

En raison du caractère modulaire et décentralisé des processus de projections et de suivi, il importe d'améliorer la coordination des méthodes et des outils, notamment en documentant mieux les méthodes développées par

les caisses et en achevant rapidement la mise en place d'outils inter-régimes.

Des écarts variables à la prévision qui ne sont pas analysés

L'écart en moyenne constaté en valeur absolue sur la période 2006-2013 entre les prévisions de LFSS et les réalisations s'élève à 2,3 % sur les recettes, en partie due aux variations conjoncturelles. Celui sur les dépenses est plus limité, 0,8 % pour la branche vieillesse, 1,1 % sur la branche famille, 1,1 % sur la maladie (depuis 2010). La combinaison de résultats assez proches sur les dépenses et d'écarts plus significatifs sur les recettes conduit à un écart moyen sur le solde de 3,5 Md€ en moyenne sur la période 2006-2013, soit près de 0,2 point de PIB.

Cependant, aucune analyse des écarts entre prévisions et réalisations n'est réalisée par l'administration, qui permettrait d'améliorer la qualité de la loi de financement de l'année suivante. Ces analyses rétrospectives devraient isoler les sources principales des écarts : conjoncture, démographie, montée en charge des mesures nouvelles notamment.

Les prévisions financières intégrées aux lois de financement de la sécurité sociale : une fiabilité à renforcer, un suivi à mieux assurer

Un suivi infra-annuel insuffisant des écarts à la trajectoire

Pour que la maîtrise des dépenses sociales soit efficace, il importe que les administrations puissent élaborer, sur la base des données dont elles disposent, des correctifs en cours d'année, par des mesures de gestion ou par une loi de financement rectificative.

Or à l'heure actuelle, en-dehors de l'ONDAM (90 % des dépenses de la branche maladie), l'administration n'est pas en mesure de calculer à partir des données de gestion les charges et les produits en cours d'année, principalement parce que les régimes produisent tardivement des données en droits constatés (régime général), ou même ne les fournissent pas (RSI, MSA).

Recommandations

23. publier, comme pour le budget de l'État et au moins trimestriellement, des données relatives à l'exécution des recettes et des dépenses de la sécurité sociale et développer des indicateurs avancés permettant de prendre en temps utile d'éventuelles mesures correctrices pour respecter les objectifs des lois de financement ;

24. systématiser et formaliser l'examen a posteriori des prévisions, y compris celles portant sur les mesures nouvelles, en les confrontant avec la réalité observée et en analysant les origines des écarts afin d'améliorer le processus de prévision et en reprenant les résultats dans une annexe de la loi de financement de la sécurité sociale ;

25. procéder à l'audit des modèles de prévision et de simulation des organismes de sécurité sociale et introduire systématiquement dans les conventions d'objectifs et de gestion conclues avec eux des objectifs spécifiques d'amélioration à cet égard ;

26. préciser, dans un document de référence rendu public, le rôle et les obligations de chacun des intervenants dans le processus de prévision et de suivi et tenir à jour un répertoire des méthodes employées.



L'ONDAM pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster

Le sous-objectif de l'ONDAM « soins de ville » a représenté en 2013 79,4 Md€, soit le premier poste de l'ONDAM (46 %) devant le sous-objectif relatif aux établissements de santé (44 %), étudié par la Cour dans le RALFSS de 2013.

Il est principalement constitué des consultations remboursées de médecins, généralistes et spécialistes, et d'autres professionnels de santé en ville, mais comprend également, entre autres, les dépenses de médicament, de dispositifs médicaux (examinés par ailleurs), les indemnités journalières ou encore les frais de transports sanitaires.

Une construction insuffisamment rigoureuse

L'ONDAM « soins de ville » a été voté en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013 en progression de +2,6 % contre +2,1 % en 2012. Or plusieurs éléments auraient pu conduire à retenir un rythme de progression plus faible.

Il existe tout d'abord un important « effet de base » tenant à la surestimation de la base de dépenses rete-

nue en 2012 au moment du vote de la LFSS. À partir de cette base, l'évolution tendancielle de la dépense retenue, qui repose sur une prolongation de tendances historiques, (+4,1 %) est relativement élevée. Elle sous-estime notamment l'impact de certains ralentissements récents (notamment sur les indemnités journalières) et l'incidence de nouveaux facteurs de ralentissement de la dépense (« effet crise », notamment).

Les économies affichées, appliquées à cette dépense en évolution tendancielle, reposent également sur des conventions. Elles recouvrent peu de réelles mesures discrétionnaires de réduction de la dépense, mais plutôt des prolongements de tendance, comme la « maîtrise médicalisée de la dépense ».

Une absence de ralentissement de la dépense de soins de ville

Le niveau d'exécution de l'ONDAM « soins de ville » en 2013 se fixe provisoirement à 79,4 Md€, soit un écart négatif de -1,1 Md€ par rapport au montant voté en LFSS pour 2013, le plus important constaté depuis cinq années.

L'ONDAM pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster

Ce constat a été largement facilité par l'effet cumulé d'un effet de base important, et d'un tendancier volontariste, et par la fixation d'un objectif d'économies plus faibles en montant qu'en 2012, sans ralentissement réel de la dépense. Celle-ci progresse de +1,9 % en 2013 contre +1,7 % en 2012.

Une perte du rôle de régulation de l'ONDAM

L'accumulation de ces marges de précaution successives et qui se superposent aboutit en définitive à affaiblir

le rôle de régulation de l'ONDAM. Face aux déficits persistants de l'assurance maladie, une plus grande rigueur est nécessaire.

Un enjeu de sincérité pour les LFSS

L'ensemble de ces défauts de construction rendent le respect de l'ONDAM plus aisé. Doivent ainsi être révisées les méthodes de calcul de la base et du tendancier des dépenses de soins de ville pour permettre une maîtrise plus effective et plus ambitieuse de la dépense.

Recommandations

27. prendre en considération les informations les plus récentes sur l'exécution en cours des soins de ville au moment de la fixation de la nouvelle base ;

28. éliminer les biais de construction pouvant conduire à une surévaluation du tendancier, et vérifier la crédibilité de la prévision au regard des ruptures de tendance observables, notamment dans les domaines du médicament et des indemnités journalières, à cette fin, utiliser des données exogènes ;

29. réserver l'appellation de « mesures d'économies » aux mesures discrétionnaires décidées par les pouvoirs publics pour la maî-

trise de la dépense et ne pas l'appliquer aux écarts constatés par rapport à une croissance tendancielle de la dépense au caractère largement conventionnel, en l'absence d'une évaluation précise de l'effet des mesures prises ;

30. documenter à destination des parlementaires les méthodes, les hypothèses et les conventions qui président à la fixation du tendancier, à l'évaluation de l'effet de report des mesures antérieures, et à celle des mesures d'économies nouvelles ; indiquer également la sensibilité des projections à ces hypothèses.



Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense

Le cadre des négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions de santé a été profondément réformé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Dix ans après cette réforme, la Cour a analysé ces politiques conventionnelles, au travers de cinq professions qui représentent l'essentiel des dépenses de soins de ville¹, et leur impact sur les conditions d'accès aux soins des assurés.

Des résultats insatisfaisants pour les patients

Une accessibilité financière compromise

Le fondement originel du système conventionnel reposait sur la création de tarifs opposables². Il a été mis à mal par la hausse ininterrompue des dépassements d'honoraires pratiqués par certaines professions, contre lesquels aucune mesure efficace n'a été mise en œuvre.

Les dépassements d'honoraires des médecins représentent annuellement environ 2,4 Md€, dont 2,15 Md€ pour les spécialistes. Les dépassements ont été jusqu'alors peu contrôlés et les outils conventionnels ont échoué à les endiguer. Ainsi le nouveau dispositif de contrat d'accès aux soins (CAS), instauré en 2012, est peu contraignant pour les médecins de secteur 2 qui y adhèrent. Il contribue à vider le secteur 1 des spécialistes qui y restaient encore. La procédure de sanction des dépassements jugés excessifs, également instituée en 2012, est lourde et son efficacité non démontrée.

La couverture des soins dentaires ne cesse de se dégrader en raison des dépassements d'honoraires permis sur les soins prothétiques. La part des dépassements dans le total des honoraires des chirurgiens-dentistes a continuellement progressé et s'établissait à 53 % en 2012, soit 4,7 Md€. Les conventions dentaires successives ont laissé se développer le déséquilibre entre soins conservateurs et soins prothétiques et ses effets pervers

¹ Médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes. Les dépenses de soins de ville qui représentent un montant annuel de près de 80 Md€ couvrent à la fois des dépenses liées aux professionnels de santé, comme leurs honoraires, et des dépenses sur lesquelles ils exercent une influence directe, comme les médicaments.

² Tarifs conventionnels, reconnus par l'assurance maladie obligatoire, sur la base desquels s'effectuent les remboursements aux assurés.

Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense

sans y remédier. Malgré quelques timides mesures récentes, ce secteur a été de fait laissé en déshérence.

Une action tardive et limitée sur la répartition géographique des professionnels libéraux

Les négociations conventionnelles n'ont que récemment intégré la dimension géographique de l'accès aux soins. Des avancées ont eu lieu pour quelques catégories de professionnels (les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes) en combinant des incitations financières en zones sous-denses et des restrictions d'accès en zones sur-denses mais les résultats en sont limités.

Pour les médecins, les mesures sont restées purement incitatives, malgré l'importance des déséquilibres démographiques régionaux.

L'assurance maladie apporte aux professionnels une très large part de leur revenu et est donc légitime à orienter les installations et les remboursements là où des besoins sont constatés. Le conventionnement ne devrait pas être considéré comme un droit automatique et devrait être rendu conditionnel pour toutes les professions, y compris les médecins, dans les zones en surdensité.

Une multiplication des modes de rémunération à l'impact réduit sur les pratiques des professionnels

Différents types de rémunération se sont ajoutés au paiement à l'acte dans le but de mieux suivre les patients ou d'intégrer des objectifs de santé publique. Ils n'ont que modérément infléchi les pratiques des professionnels concernés.

S'agissant des médecins, des progrès sont certes observés sur les indicateurs de suivi des pathologies chroniques, mais les résultats sont moins satisfaisants en matière de prévention. Aucune conséquence négative n'est en tout état de cause attachée au non-respect des objectifs : un calcul de la rémunération par solde entre les résultats positifs et négatifs renforcerait le caractère incitatif du dispositif.

À compter de 2012, des rémunérations forfaitaires ont également été instaurées au bénéfice des pharmaciens, tel l'honoraire de dispensation des médicaments. Il reste cependant trop corrélé au nombre de boîtes vendues et donc au volume de vente et n'est pas assez centré sur les patients.

Une réorientation indispensable

Favoriser les approches interprofessionnelles

Des négociations conventionnelles trop éclatées et trop diffuses, et un traitement très séquencé ont fait obs-

Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense

tacle à une meilleure organisation des soins de proximité et n'ont pas permis de répondre à l'évolution des besoins des patients.

Il est souhaitable de renverser la pratique actuelle en faisant des approches interprofessionnelles le cadre premier des négociations. Leurs résultats formeraient ensuite l'armature commune des différentes conventions par profession de manière à permettre une approche plus coordonnée des soins de ville.

Recentrer les négociations sur les besoins des patients

L'activité conventionnelle devrait être recentrée sur les enjeux essentiels de rémunération, d'accès aux soins et de maîtrise médicalisée des dépenses. Des négociations moins nombreuses permettraient une plus grande stabilité des dispositifs et en faciliteraient le suivi ainsi qu'une évaluation systématique de l'impact des mesures prises.

Les rémunérations et avantages annexes accordés aux professionnels de santé doivent être assortis de contreparties plus tangibles au bénéfice des patients.

Renforcer la coordination et le pilotage

Un pilotage plus intégré et une meilleure articulation entre les acteurs permettraient d'optimiser l'allocation des ressources.

Il revient à l'État de définir précisément les objectifs de la politique conventionnelle dans le contrat pluriannuel qu'il passe avec l'assurance maladie sur la gestion du risque.

Les organismes complémentaires d'assurance maladie doivent également être associés de façon plus étroite aux négociations, au regard de la place grandissante qu'ils tiennent dans la couverture des dépenses de soins des ménages.

L'élaboration en cours de la stratégie nationale de santé et d'une nouvelle loi de santé publique offre l'occasion de repenser le cadre de la régulation globale du système de soins ainsi que la place, dans celle-ci, des politiques conventionnelles.

Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficience de la dépense

Recommandations

31. mettre en place un pilotage national plus intégré, permettant à l'État de cadrer les orientations stratégiques des politiques conventionnelles, d'en suivre l'exécution, et de mieux articuler les actions des différents acteurs ;
32. développer de façon prioritaire les approches interprofessionnelles pour une plus grande efficience des soins de premier recours ;
33. recentrer les politiques conventionnelles sur les enjeux essentiels (rémunérations, accès aux soins, maîtrise médicalisée des dépenses) dans le cadre de négociations moins nombreuses et moins éclatées ;
34. étendre, dans les zones de surdensité, le conventionnement conditionnel à toutes les professions, y compris aux médecins, pour mieux équilibrer la répartition des professionnels sur le territoire ;
35. lier plus étroitement l'ensemble des modes de rémunération, hors rémunération à l'acte, (forfaits, rémunération à la performance, avantages sociaux) à une meilleure organisation des soins de ville en les modulant en fonction des résultats atteints ;
36. en particulier, moduler la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie en fonction de la densité des professionnels de santé sur un territoire donné (recommandation réitérée) ;
37. évaluer systématiquement les conditions de mise en œuvre des actions conventionnelles et les résultats obtenus au regard des objectifs.



La diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés

Malgré leurs prix inférieurs à ceux des médicaments princeps dont ils sont les équivalents, les médicaments génériques ne représentent que 21,5 % (4,3 Md€) des remboursements de médicaments vendus en ville et leur consommation à l'hôpital est faible. C'est une particularité française : en Allemagne et au Royaume Uni, trois boîtes de médicaments remboursables sur quatre sont génériques alors que la proportion n'est que de une sur trois en France. Ce retard est coûteux pour la sécurité sociale et il n'est pas en cours de rattrapage. Il est notamment dû à une politique de diffusion qui a globalement manqué d'ambition et a très inégalement mobilisé les acteurs car elle repose essentiellement, depuis 1999, sur la substitution en officine. Encore des limites peu justifiées sont-elles mises à cette substitution.

Une définition restrictive

Le dispositif actuel de diffusion des génériques repose sur une définition étroite des équivalences avec les princeps et une limitation des substitutions possibles, qui doivent s'effectuer à partir d'un « répertoire des groupes génériques ». Ce répertoire laisse en-

dehors de son champ 47 % (en volumes vendus) des médicaments. Il n'est pas mis à jour suffisamment régulièrement.

Le rôle central et coûteux des pharmaciens

Depuis 2000, cinq types d'incitations financières ont été accordés aux pharmaciens, au premier rang desquels la garantie de l'égalité des marges en valeur absolue avec les princeps et la possibilité d'octroi de remises commerciales importantes par les fabricants. Une rémunération spécifique sur objectifs de santé publique (ROSP) s'y est ajoutée en 2012.

Entre 2007 et 2012, ces incitations ont eu un coût collectif de 5,9 Md€. Grâce à elles, le taux de substitution au sein du répertoire a certes progressé de 35 à 82 % entre 1992 et 2012. Cependant leur coût vient fortement grever les économies (12 Md€ entre 2002 et 2012 selon la CNAMTS) générées par cette progression. Cette politique atteint désormais ses limites car elle n'est pas parvenue à enclencher un développement auto-entretenu des génériques, malgré son coût élevé.

La diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés

Des médecins insuffisamment mobilisés et des patients peu informés

C'est par l'évolution des comportements de prescription des médecins que devrait passer le développement des génériques. Jusqu'ici les mesures incitatives adoptées dans le cadre conventionnel ont produit peu d'effets. Les médecins ont encore trop souvent une préférence pour la prescription de spécialités non-substituables. Alors que la prescription en dénomination commune internationale³ est une obligation, l'absence de sanction rend son application inefficace.

Les patients sont insuffisamment informés sur la qualité et la sécurité des médicaments génériques et sur les objectifs de la démarche de substitution.

Une politique des prix insuffisamment active

Faute de cohérence et de détermination, la politique des prix du médicament empêche que le déploiement des génériques produise tous les effets d'économies qu'il pourrait avoir. Le mode de fixation quasi-automatique du prix des génériques par voie

de décote appliquée sur les prix des *princeps* n'a pas de lien avec les coûts de production. Le coût moyen d'une unité standard est plus élevé de près de 90 % en France qu'au Royaume Uni.

L'accroissement récent du taux de ces décotes n'a été appliqué qu'aux nouveaux génériques, négligeant ainsi les économies beaucoup plus substantielles qui résulteraient de son application aux génériques existants.

Les baisses de prix qui peuvent être décidées sur des *princeps* fortement « génériques » ne sont pas suivies de baisses équivalentes sur les médicaments dont les prix avaient été alignés sur eux lors de leur mise sur le marché parce qu'ils n'apportaient pas d'amélioration du service médical rendu.

Une forte progression de la prescription des médicaments substituables combinée à un élargissement de leur champ et à une augmentation du taux de substitution pourraient générer selon les estimations de la Cour environ 2 Md€ d'économies en année pleine.

³ Ou DCI c'est-à-dire la désignation du médicament sur l'ordonnance par le nom pharmacologique de la molécule (par exemple paracétamol plutôt que doliprane®).

La diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés

Recommandations

38. responsabiliser les médecins en les informant sur le volume et le coût de leur prescription en fonction des caractéristiques de leur patientèle et sur les économies rendues possibles par une évolution de leurs comportements de prescription ;

39. élargir les objectifs de prescriptions en génériques liées à la rémunération sur objectifs de performance, les compléter par des objectifs de taux de prescription en dénomination commune internationale et moduler à la baisse le montant de cette rémunération en cas de non-atteinte de ces objectifs ;

40. supprimer à terme le répertoire des médicaments génériques ;

41. redéfinir les modalités de rémunération des pharmaciens en révisant progressivement à la baisse les incitations en faveur des gé-

riques et en allant vers une rémunération davantage forfaitaire et moins dépendante du volume des ventes ; dans ce cadre, réformer notamment la rémunération sur objectifs de santé publique liée aux génériques ;

42. conclure des accords prix-volume avec les producteurs de génériques dans le cadre d'un plan de développement de ces médicaments ;

43. mettre en œuvre des baisses de prix ciblées sur les classes thérapeutiques les plus coûteuses pour l'assurance maladie et un alignement automatique de prix pour les médicaments sans amélioration du service médical rendu ;

44. développer des campagnes régulières d'information des assurés sociaux sur les médicaments génériques.



Les dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée

Les dispositifs médicaux recouvrent un ensemble très divers de produits de santé qui vont des pansements aux fauteuils pour personnes handicapées et aux défibrillateurs cardiaques.

Leur coût total d'acquisition ou de location était proche de 13 Md€ en 2012 dont un peu plus de la moitié est pris en charge par l'assurance maladie (6,6 Md€). Pourtant, si certains dispositifs ont fait l'objet d'une évaluation, comme l'optique et les audioprothèses, dont la Cour avait souligné les modalités insatisfaisantes de prise en charge, il s'agit d'une dépense encore mal connue et pilotée de manière peu efficace, alors même qu'il s'agit d'un poste à forte croissance.

Une dynamique très forte de la dépense

Le coût pour l'assurance maladie n'est connu directement que pour les dépenses de soins de ville (5 Md€ en 2012), qui ont doublé en euros constants entre 2000 et 2012 et ont suivi un rythme trois fois plus rapide que l'ONDAM. À l'hôpital, seule la dépense des dispositifs médicaux implantables figurant sur la liste des produits et prestations remboursables et sur la « liste en sus » est appréhendée (1,5 Md€, +76 % en euros constants entre 2000 et 2012). La consommation à l'hôpital des disposi-

tifs médicaux facturés à l'assurance maladie dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) est estimée à environ 1,65 Md€ en 2006.

Le vieillissement de la population et l'innovation technologique n'expliquent qu'une partie de cette progression qui est particulièrement forte pour certaines catégories de dispositifs : produits et prestations liés à l'insuffisance respiratoire (+151 % en 12 ans) et au diabète (+146 %).

Une régulation tardive et trop partielle

La dépense en faveur des dispositifs médicaux apparaît peu efficiente pour de nombreuses catégories, notamment celles pour lesquelles les tarifs de remboursement semblent, selon certaines études, aux résultats toutefois discutés, plus élevés en France que dans les pays comparables (exemples : les produits et prestations liés à l'orthopédie, à l'assistance respiratoire ou au diabète).

La régulation de la dépense consiste dans les baisses de tarif et les modifications de conditions de prise en charge décidées par le comité économique des produits de santé (CEPS), ainsi que par des révisions des lignes génériques. Les unes et les autres sont réduites et cette faiblesse dans la

Les dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée

régulation tend à favoriser les situations acquises et limite fortement les économies ainsi que l'adaptation des règles techniques aux pathologies.

En outre, il est malaisé au CEPS de négocier les baisses, faute de connaissance des prix réels et de données d'expertise propre.

Plus globalement les pouvoirs publics n'ont pas défini de stratégie de baisse des tarifs des dispositifs médicaux.

C'est pourquoi, sur la période 2004-2012, les économies résultant de baisses de tarif n'auraient atteint en cumulé, selon le CEPS, que 360 M€, soit moins de 1 % de la dépense totale d'assurance maladie des dispositifs médicaux.

De surcroît, les établissements de santé, qui ont la liberté de négocier les prix d'acquisition de nombreux dispositifs médicaux avec les fabricants, ne répercutent pas nécessairement les baisses de prix sur l'assurance maladie – et ce en dépit de l'existence de mécanismes spécifiques censés favoriser cette transparence (pour les produits liés au diabète, par exemple).

Une implication des pouvoirs publics à renforcer

L'investissement des acteurs publics dans la régulation est insuffisant et trop peu coordonné (CEPS, ANSM, CNAMTS). Le cadre d'action publique dans le domaine des dispositifs médicaux doit donc être redéfini, de sorte que le CEPS dispose d'une légitimité et de moyens accrus, lui permettant de négocier dans une position plus favorable vis-à-vis des fabricants.

Une ferme maîtrise de la dépense à mettre en œuvre

Afin d'assurer l'efficacité de la maîtrise de la dépense de ce secteur en expansion, des baisses de prix plus ambitieuses doivent être recherchées. La gestion du risque par l'assurance maladie peut être affermie par des moyens tels que la mise sous entente préalable et la surveillance accrue des établissements. Enfin, à l'image des médicaments, la substitution de dispositifs médicaux « génériques » mériterait d'être expérimentée.

L'enjeu financier est d'importance puisque la baisse annuelle d'un point, à partir de 2015, du rythme de croissance actuel générerait pour la seule année 2017 environ 250 M€ d'économies.

Les dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée

Recommandations

45. déterminer sur la période 2015-2017 un objectif de régulation de la dépense de dispositifs médicaux ;

46. renforcer la légitimité et les moyens du comité économique des produits de santé sur ce champ pour lui permettre d'assurer la mise en cohérence des acteurs publics et une régulation rigoureuse de la dépense ;

47. réduire significativement la liste en sus et rétablir la fixation d'un taux prévisionnel d'évolution de la dépense résultant de celle-ci ;

48. ouvrir certains marchés (dispositifs standardisés à fort volume) à une concurrence accrue en expérimentant des procédures nationales d'appel d'offres ;

49. mettre en œuvre une procédure allégée de révision des lignes génériques ;

50. procéder dans un délai rapproché à des baisses de prix significatives de certaines catégories de dispositifs médicaux ;

51. mettre sous entente préalable les dispositifs médicaux à forts enjeux et sous accord préalable les gros prescripteurs ;

52. expérimenter une démarche de définition de produits génériques sur quelques dispositifs simples et aisément substituables.



Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel

Initiés en 2010, les projets régionaux de santé (PRS) déclinent au niveau régional la politique de santé publique dans les domaines de la prévention, des soins hospitaliers et ambulatoires et de l'action médico-sociale.

Des documents volumineux sans priorités clairement affichées

Adoptés après trois années d'une très large concertation régionale, les PRS dépassent fréquemment les 1 000 pages et contiennent des objectifs trop nombreux et insuffisamment hiérarchisés.

Faute d'une réelle visibilité sur leurs ressources est sur la durée du projet, les agences régionales de santé (ARS) ont, en outre, trop peu souvent chiffré le coût des actions retenues.

Un risque d'essoufflement des instances de concertation régionale (conférence régionale de la santé et de l'autonomie et conférences de territoire) est désormais perceptible. Faute d'un positionnement et d'un rôle clairement définis, l'apport des conférences de territoire n'est en particulier pas avéré.

Une approche intégrée inaboutie

L'approche globale et coordonnée des questions de santé passe par l'organisation d'une continuité de prise en charge entre la prévention, le dépistage, les soins et le suivi médico-social, dans un contexte où les inégalités sociales et territoriales entre régions restent très marquées.

La construction de filières de soins se heurte toujours à de nombreuses difficultés comme le montre les exemples de l'obésité (offre de soins insuffisante ou mal connue alors même que le dépistage a été réalisé) et de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (problèmes récurrents de démographie médicale empêchant l'ouverture d'unités spécialisées).

Des capacités d'action limitées

Des objectifs nationaux mal définis

La politique nationale de santé publique, toujours en cours de redéfinition, souffre d'une accumulation de plans nationaux de santé publique⁴ et d'objectifs trop généraux. Ce foisonnement préjudiciable ne permet pas aux ARS de recentrer leur action sur des priorités réalistes, lisibles et opé-

⁴ 30 plans étaient recensés en 2011 ; sur la période 2010-2012, 5 plans abordent les questions de l'obésité et de la nutrition.

Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel

rationnelles et de dépasser le poids des approches sectorielles.

Une collaboration insatisfaisante avec l'assurance maladie

L'assurance maladie continue de développer en toute autonomie ses propres programmes de prévention (Santé active) et n'adapte que marginalement les programmes de gestion du risque régionaux aux besoins recensés par les ARS.

Elle dispose pour financer ses actions (dépistages organisés des cancers, financement des centres d'examen de santé, prévention bucco-dentaire, actions locales des caisses...) de la majorité des ressources financières disponibles en région.

L'accès aux données de l'assurance maladie (SNIIRAM) demeure restreint pour les ARS, limitant leur capacité d'analyse et d'approfondissement des situations infra-régionales.

Les compétences et les responsabilités doivent ainsi être clarifiées. Les ARS doivent être confortées dans leur rôle de pilote régional de la politique de santé et se voir attribuer un pouvoir décisionnel sur les actions de santé publique menées par les organismes locaux d'assurance maladie.

Des moyens financiers trop peu redéployés

Les dépenses régionales de santé publique ont représenté en 2012 un total de 563 M€, soit en moyenne

8,64 € / habitant. Il s'agit d'une part très faible (0,32 %) des dépenses sanitaires et médico-sociales globales engagées dans les régions.

Ce montant recouvre en outre d'importantes disparités régionales, résultant avant tout du poids de l'histoire et sans corrélation avec les inégalités de situation sanitaire ou socio-économique. Les modulations des allocations régionales par l'administration centrale dans un contexte de diminution générale des crédits sont restées limitées.

Le Fonds d'intervention régional (FIR) qui rassemble une part croissante des crédits à la disposition des ARS offre des possibilités nouvelles de redéploiement entre les enveloppes. Elles sont encore sous-utilisées mais devraient croître à l'avenir.

Un impératif de simplification et de recentrage

Il importe que la procédure soit substantiellement allégée à l'occasion du renouvellement des PRS en 2016. Pour être opérationnels, les prochains projets devront se centrer sur un nombre limité de priorités et d'objectifs et accentuer l'approche transversale des questions de santé.

Pour y parvenir les ARS doivent pouvoir s'appuyer sur une observation régionale en santé solide et restructurée, concentrant la production des données et mutualisant les ressources expertes indispensables.

Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel

Recommandations

53. simplifier les conditions d'élaboration des projets régionaux de santé autour d'un nombre limité de priorités ;

54. assortir obligatoirement ces dernières d'un chiffrage financier des actions inscrites au projet, compatible avec les contraintes de l'ONDAM ;

55. faire de l'observatoire régional de santé (ORS) l'opérateur de référence chargé de réaliser une observation globale et continue, ouverte à

l'ensemble des acteurs en santé publique ;

56. supprimer les conférences de territoire ;

57. subordonner l'engagement d'actions de santé publique par les organismes locaux d'assurance maladie à l'accord des ARS ;

58. permettre un accès complet des ARS aux données du SNIIRAM.



Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser

18 millions de passages⁵ dans les services d'urgence ont été dénombrés en 2012, soit un coût pour l'assurance maladie au titre des seuls établissements publics de santé et des établissements de santé d'intérêt collectif (81 % des passages) de plus de 2,5 Md€.

La hausse continue de cette activité (+30 % en dix ans et plus encore pour les passages non suivis d'hospitalisation) met sous tension des organisations et des équipes qui jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de soins non programmés, à laquelle la médecine de ville n'apporte pas de réponse suffisante.

Des motifs de fréquentation des urgences mal connus

Les motifs de recours aux urgences sont encore peu analysés. La croissance démographique ou le vieillissement de la population ne suffisent pas à expliquer l'augmentation de la fréquentation.

Dans l'enquête « un jour donné » réalisée en juin 2013 par la DREES sur 52 000 passages, les motivations des patients sont multiples. Deux patients sur dix évoquent l'impossibilité de

faire appel à leur recours habituel (absence du médecin traitant ou impossibilité d'un rendez-vous rapide pour des examens complémentaires). Dans six cas sur dix, l'accessibilité offerte par les services d'urgence est mise en avant (besoin que le problème de santé soit réglé rapidement, possibilité de réaliser des examens complémentaires ou de consulter un spécialiste).

D'un point de vue médical, les raisons du recours aux urgences varient en fonction de l'âge des patients : pathologies de la sphère ORL-respiratoire et gastro-entérologiques pour les très jeunes enfants, traumatologie ensuite jusqu'à 15 ans, puis de nouveau à partir de 65 ans et plus encore après 75 ans.

Pour une partie des patients, âgés notamment, le motif de recours est lié à l'aggravation rapide d'une pathologie connue qui aurait pu être prise en charge plus tôt.

Des situations de tension persistantes dans les hôpitaux.

À l'automne 2013, une centaine d'établissements, sur les 650 structures autorisées, ont été identifiés comme

⁵ Représentant 10,6 millions de patients dont 4 millions ont été hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences.

Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser

étant en tension ou en risque de tension, même si cela recouvre des situations hétérogènes : afflux inhabituel de patients, pénurie de lits, absence de certains agents...

Le manque de fluidité dans le parcours des patients est l'une des principales difficultés rencontrées. Même si 80 % des patients passent moins de quatre heures aux urgences, les difficultés d'accès aux plateaux techniques et de réalisation d'examens complémentaires peuvent allonger de façon importante cette durée.

Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, notamment pour les patients âgés, la difficulté à trouver un lit est la principale cause d'engorgement des structures.

L'inadaptation des locaux, dont la modernisation n'est pas totalement achevée ainsi que les problèmes de recrutement de personnel spécialisé expliquent également une part de ces situations.

Des prises en charge progressivement adaptées

Les établissements cherchent à adapter leurs organisations à ces hausses de fréquentation, en créant des postes d'infirmières ou de médecins d'orientation et d'accueil ou en développant des circuits courts de prise en charge rapide des patients valides.

Le problème récurrent de l'orientation vers des lits d'aval peut être amélioré par la mise en place de gestionnaires de lits, qui organisent et program-

ment, de façon centralisée, les admissions sur l'ensemble des lits de l'établissement, réservent les salles d'opération et planifient les actes médico-techniques.

Un cadre financier à rénover

Le cadre financier actuel, reposant sur un dispositif tarifaire complexe (mixant une dotation fixe, une rémunération au passage et des recettes complémentaires), apparaît à la fois inciter à l'activité et être défavorable aux coopérations inter-établissements.

La rénovation de ce cadre tarifaire a été entreprise de façon tardive malgré l'ancienneté du constat de ses limites. Elle suppose d'améliorer très sensiblement la connaissance du coût de ces services, alors qu'aucune vision consolidée des montants que l'assurance maladie affecte à leur financement n'est disponible.

Mieux articuler l'hôpital et la médecine de ville

La mobilisation de moyens supplémentaires ne peut suffire à résoudre les difficultés d'un dispositif resté trop centré sur l'hôpital. Un passage sur cinq n'a pas, en effet, nécessité d'autre acte qu'une consultation, ce qui représente plus de 3,5 millions de « passages évitables ». Ce flux doit pouvoir être réorienté vers la médecine ambulatoire.

La réorientation vers les soins de ville de ces cas le plus souvent sans gravité pourrait être une source de moindre

Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser

dépense pour l'assurance maladie, estimée à 500 M€ d'économies annuelles.

Cela suppose qu'il soit remédié aux multiples fragilités du dispositif de permanence des soins et qu'une meilleure articulation soit trouvée entre les deux types d'intervention.

À cet égard, le rôle des maisons pluri-professionnelles de santé mériterait d'être conforté par l'adossement des plus importantes à un petit plateau technique ; la place des maisons médicales de garde comme alternative aux urgences pendant les heures de la permanence des soins devrait également être consolidée.

Recommandations

59. généraliser les nouveaux modes d'organisation interne des urgences qui ont fait preuve de leur efficacité (notamment circuits courts, mise en place de gestionnaires de lits, admissions directes en gériatrie) ;

60. faire évoluer la tarification en vue d'améliorer l'efficacité des urgences, sur la base, notamment, de comparaisons des coûts de prise en charge à l'hôpital et en ville des patients nécessitant une simple consultation (recommandation réitérée) ;

61. mesurer et analyser les « passages évitables » aux urgences de patients dont la prise en charge aurait pu être assurée en ville ;

62. renforcer la permanence des soins ambulatoires par le développement des maisons médicales de garde ;

63. développer la prise en charge en ville des soins non programmés, dans le cadre notamment de maisons de santé pluri-professionnelles dotées d'un plateau technique léger.



L'assurance maternité, une place à clarifier

L'assurance maternité octroie à ses bénéficiaires une protection étendue. Mais il s'agit d'un dispositif de prise en charge à la fois mal cerné et non piloté.

Les dépenses qu'elle génère progressent à un rythme soutenu, sans lien avec la démographie, pour des résultats de santé publique qui ne sont pas à la hauteur de l'effort financier consenti (7,3 Md€ en 2013).

Tenir compte de la nature particulière de la maternité et de la protection nécessaire de la grossesse et de l'enfant à naître n'interdit pas de rechercher une plus grande efficacité du dispositif.

Une protection étendue pendant toute la grossesse

L'assurance maternité assure la prise en charge à 100 % de l'ensemble des soins médicaux pendant la majeure partie de la grossesse, l'accouchement et ses suites. Cette prise en charge des futures mères s'applique aux examens obligatoires durant toute la grossesse et à l'ensemble des soins reçus par les futures mères, qu'ils soient liés ou non à leur état, quelle qu'en soit la cause, du sixième mois de leur grossesse au 12ème jour qui suit l'accouchement.

Elle compense aussi, totalement ou partiellement, la perte de revenus induite par le congé maternité, sous la forme de prestations en espèces qui ont été progressivement étendues à d'autres catégories que les seules salariées du régime général.

L'assurance maternité apporte ainsi la protection la plus complète au sein du système de santé français. Par rapport à une prise en charge au titre de l'assurance maladie, l'amélioration de la couverture procurée par l'assurance maternité représente une dépense supplémentaire, tous régimes confondus, qui peut être évaluée à 1,5 Md€.

Une dépense dynamique mais une stagnation des indicateurs de santé publique

La dépense d'assurance maternité a été multipliée par 2,5 depuis 1990. La natalité, dont la progression est beaucoup plus faible, n'explique pas cette augmentation sur le moyen terme.

Elle résulte de la hausse des indemnités journalières, qui ne sont pas régulées au sein de l'ONDAM, et qui connaissent une progression plus dynamique que celles versées au titre de l'assurance maladie.

L'assurance maternité, une place à clarifier

Cette augmentation provient aussi en partie du poids croissant des dépenses de soins de ville et notamment des honoraires des professions de santé. Les remboursements au titre des honoraires des médecins spécialistes⁶ connaissent une légère décline mais ce n'est pas le cas de ceux des sages-femmes, passés de 75 M€ en 2005 à 176 M€ en 2013 en raison d'une multiplication du nombre d'actes remboursés, d'une revalorisation tarifaire et d'une augmentation rapide des effectifs des sages-femmes installées en libéral.

Malgré la hausse importante des dépenses de maternité depuis 15 ans l'état de santé des mères et de leurs enfants ne s'est pas amélioré significativement et les résultats de la France en matière de périnatalité sont restés moins bons que dans d'autres pays.

Une durée moyenne de séjour atypique

La durée moyenne de séjour (DMS) pour un accouchement normal reste en France supérieure d'un tiers (4,2 jours) à celle des autres pays de l'OCDE (3 jours).

L'assurance maladie ne tire aucun bénéfice des éventuelles réductions de DMS puisque la tarification d'un séjour est identique qu'il ait duré deux jours ou sept jours.

La CNAMTS a néanmoins développé un programme d'accompagnement du retour au domicile (PRADO) qui a concerné 130 000 femmes en 2013. En contrepartie d'une sortie anticipée de la maternité, la mère et l'enfant sont visités à domicile. La première visite a normalement lieu dans les 48h suivant la sortie de maternité (et au plus tard dans la semaine) et la deuxième visite est recommandée et planifiée selon l'appréciation de la sage-femme assurant le suivi.

Ce dispositif, récent, n'a pour l'instant eu que peu d'effet sur la diminution de la durée du séjour. 95 % des bénéficiaires sont en effet rentrées chez elles le jour initialement prévu. L'économie que pourrait générer le PRADO est en outre, à ce stade, virtuelle. Seule une plus grande dégressivité du financement du séjour pour accouchement pourrait compenser les coûts engagés dans le dispositif.

Des clarifications indispensables

Le périmètre des prestations d'assurance maternité n'est pas d'une complète cohérence : ainsi, si l'hospitalisation de la mère est prise en charge par la maternité, le séjour du nouveau-né est pris en charge par la maladie. Le congé paternité relève de la branche famille. L'ONDAM, n'inclut finalement que la moitié des dépenses de maternité.

⁶ Gynécologues-obstétriciens et anesthésistes dont les dépassements d'honoraires, fréquents et importants, continuent de peser sur les patientes et non sur l'assurance maternité.

L'assurance maternité, une place à clarifier

Les conditions d'organisation des soins et la pertinence de l'allocation actuelle des ressources de l'assurance maternité sont trop peu interrogées. Certaines prises en charge au long de la grossesse doivent en particulier être évaluées, comme les séances de préparation à l'accouchement, dont l'utilité n'est pas démontrée selon la Haute autorité de santé.

Pour améliorer le suivi des femmes et des nouveau-nés tout en maîtrisant les coûts, l'équilibre global entre le dispositif de préparation prénatal et le renforcement du suivi post-natal mérite ainsi d'être réexaminé. Dans

cette perspective l'activité des sages-femmes pourrait être réorientée vers ce suivi post-natal.

Plus généralement, aucune étude ne permet d'apprécier l'évolution de l'efficacité du dispositif de soins alors même que le secteur des maternités a connu une restructuration massive sur la dernière décennie.

Le maintien des garanties que procure l'assurance maladie n'est pas incompatible avec un véritable pilotage de la dépense afin de mieux cibler le suivi des futures mères et de réaliser les gains d'efficacité

Recommandations

64. intégrer les indemnités journalières maternité dans l'ONDAM ;

65. redéfinir la place et le périmètre de l'assurance maternité, soit par intégration à garanties inchangées au sein du risque maladie, soit par constitution à côté de l'assurance maladie d'une assurance maternité plus cohérente, plus complète et plus fermement pilotée ;

66. dans les établissements de santé, accélérer la diminution de la durée moyenne de séjour pour la faire converger avec celle constatée à l'étranger et redéfinir en consé-

quence les modalités de tarification de l'accouchement et de la naissance pour faire bénéficier l'assurance maladie des économies en résultant ;

67. conditionner à cette fin le déploiement du programme PRADO à l'identification précise des économies qui pourront être dégagées ;

68. modifier la nomenclature des actes professionnels des sages-femmes libérales pour réorienter, à enveloppe constante, leur activité vers des actes à plus forte responsabilité, notamment le suivi post-natal (recommandation réitérée).



Les dépenses de personnel médical et non-médical des hôpitaux : une maîtrise précaire

Employant plus d'un million de personnes dont 100 000 médecins, le secteur hospitalier public représente 17 % de l'emploi public en France. Les dépenses de personnel qui s'élèvent en 2012 à 41,7 Md€ sont la première charge des établissements publics de santé (57 % des dépenses de l'assurance maladie pour les établissements).

Un ralentissement fragile de la dépense de personnel

La dépense de personnel des hôpitaux publics, sur la période 2007-2012, a progressé en euros constants de +0,6 % par an soit +2,3 % en euros courants.

Ces dépenses de personnel, qui constituent 64 % de la dépense des établissements, ont progressé moins rapidement que les autres charges de gestion, ce qui a contribué au respect de l'ONDAM.

Un contexte favorable

Des éléments conjoncturels expliquent cette situation, tels que le gel du point d'indice de la fonction publique ou les départs à la retraite d'agents mieux rémunérés que les nouveaux recrutés (GVT négatif). Mais les parts respectives de ces différents facteurs sont mal connues.

Sur la période 2007-2012, la hausse a été plus soutenue pour le personnel médical (+2 % en euros constants) que non-médical (+0,1 %) et dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) que dans les centres hospitaliers. Elle est également plus importante pour les dépenses liées au personnel contractuel non médical (+4,8 %) et médical (+3,4 %).

L'année 2013 a connu une nouvelle accélération de la dépense (+2,8 % en euros courants) liée à un apurement partiel des heures comptabilisées au titre des comptes épargne-temps des personnels, dont le montant total n'est pas connu avec précision, mais qui dépasse sensiblement les 3,6 millions de jours dénombrés en 2007, malgré le plan d'apurement alors intervenu, sans qu'il soit assuré que les provisions constituées à hauteur d'1 Md€ en 2012 soient suffisantes. À joué par ailleurs l'augmentation des cotisations retraite employeurs.

Des effectifs en croissance

Les effectifs se sont globalement accrus entre 2007 et 2012 (+3,1 % par an en moyenne) sous l'effet de la hausse du nombre des personnels médicaux (+3,2 %), alors que celle des personnels non-médicaux, très majoritaires, s'est ralentie (+1,0 %).

Les dépenses de personnel médical et non-médical des hôpitaux : une maîtrise précaire

Cette progression des effectifs a été soutenue par la hausse de l'activité, notamment en médecine-chirurgie-obstétrique (+2,7 %).

La productivité globale des personnels médicaux hospitaliers apparaît stable, y compris si l'on prend en considération l'alourdissement des cas traités. Des gains de productivité sont dégagés par les personnels non-médicaux. Une externalisation des fonctions logistiques moins développée que dans le secteur lucratif suggère des marges de progression potentiellement importantes.

Des facteurs de dépenses persistants

Les mesures statutaires, comme le reclassement des infirmiers en catégorie A, ou nationales, telle la récente revalorisation des agents de catégories C s'imposent aux hôpitaux publics.

Les rémunérations plus attractives du secteur lucratif ou les conditions d'exercice réputées plus exigeantes dans le secteur public peuvent nourrir localement une concurrence entre établissements.

Même si le nombre et la nature des vacances de poste ou l'évolution de la démographie médicale souffrent d'un déficit de suivi, des tensions existent sur le recrutement de certains personnels (en particulier, les anesthésistes et les radiologues).

Les chambres régionales des comptes ont relevé des pratiques qui contri-

buent à faire progresser la masse salariale des hôpitaux : majorations irrégulières, pratiques généreuses de l'avancement, durées effectives de travail inférieures à la durée légale.

Enfin, les réorganisations hospitalières, restées trop timides, notamment en chirurgie, contribuent au maintien d'établissements ou de services à faible activité et peu attractifs, conduisant à mettre en place des solutions coûteuses (intérim), en raison de difficultés de recrutement.

Les leviers pour une maîtrise accrue de la dépense

Un pilotage plus ferme

Le pilotage de la masse salariale hospitalière par les pouvoirs publics est assuré de manière indirecte par le seul cadrage des recettes, à travers le vote global de l'ONDAM. La régulation des dépenses et des effectifs relève des hôpitaux eux-mêmes.

Au niveau national, les tutelles cernent mal les déterminants de la masse salariale (départs en retraite et GVT négatif) et ne peuvent anticiper son évolution.

Au niveau régional, les agences régionales de santé (ARS) disposent de compétences budgétaires limitées pour réguler les dépenses de personnel. En revanche, leur large champ d'intervention sur les ressources médicales des hôpitaux leur donne davantage de moyens de régulation. Une action plus énergique de recom-

Les dépenses de personnel médical et non-médical des hôpitaux : une maîtrise précaire

position de l'offre de soins constitue le complément, indispensable à l'optimisation de la gestion des ressources humaines hospitalières.

Des établissements plus efficaces

Les établissements de santé doivent accroître l'efficacité de leurs organisations internes pour maîtriser la masse salariale et améliorer le service rendu aux patients. À titre d'exemple, la synchronisation des temps de travail, la diffusion de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ou la lutte contre l'absen-

téisme, notamment pour les métiers à forte pénibilité, constituent des marges de manœuvres à mobiliser.

Enfin, afin de rendre la carrière hospitalière plus attractive pour les praticiens impliqués pleinement dans l'activité de leur établissement et résorber progressivement certains écarts de productivité, la part modulable et non supplémentaire de rémunération à la performance des médecins est à développer. Elle pourrait concerner jusqu'à 30 % de la rémunération globale.

Recommandations

69. se doter des outils nécessaires à un suivi précis et régulier de l'évolution de la masse salariale et de ses déterminants et en particulier des effectifs médicaux et non médicaux, appuyé sur une connaissance précise des données et projections démographiques ;

70. identifier en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale les conséquences sur l'objectif de maîtrise des dépenses d'assurance maladie de toute décision impactant les dépenses de personnel des hôpitaux publics ;

71. élaborer un programme national d'efficacité destiné à optimiser l'organisation et la gestion des effectifs et des temps de travail, incluant un objectif pluriannuel d'économies et s'appuyant sur un dispositif d'accompagnement des établissements ;

72. inciter les hôpitaux à la renégociation des accords locaux sur le temps de travail pour mettre en conformité la durée effective du temps de travail avec la durée légale ;

73. donner instruction aux agences régionales de santé d'exercer un rôle beaucoup plus actif en matière de suivi et de régulation des dépenses de personnel des hôpitaux de leur ressort, en utilisant à cette fin l'ensemble des leviers juridiques et financiers dont elles disposent et en intensifiant les restructurations porteuses de réels gains de productivité ;

74. mettre en œuvre une modulation, neutre sur le plan budgétaire, des rémunérations des médecins en fonction de la performance.



Les dépenses de personnel des cliniques privées : une charge pour l'assurance maladie à mieux connaître

Les modes de gestion des personnels en cliniques sont très divers, ce qui rend la connaissance et le suivi de cette dépense difficile. Aucune analyse n'est aujourd'hui faite de manière complète sur les facteurs d'évolution de cette dépense. Les compétences de la Cour sur ces établissements sont actuellement limitées.

Une dépense connue de manière insuffisamment précise

Les statistiques nationales dénombrent 200 000 personnes environ travaillant en cliniques, dont 160 000 salariées et 40 000 médecins libéraux pour 2012. Cependant ce décompte ne permet qu'une approche partielle des effectifs, du fait notamment de l'organisation juridique des cliniques, qui juxtaposent des entités diverses, et de la pluralité des statuts des personnes qui, dans leur enceinte, sont au contact des patients.

Les personnels salariés des cliniques sont très majoritairement non médicaux et représentent une masse salariale de 6 Md€. 77 % d'entre eux sont des personnels soignants, dont une moitié d'infirmiers. Le recours de la plupart des cliniques à la sous-traitance pour assurer les fonctions logistiques diminue les effectifs directement salariés par les établissements.

Selon une étude spécifique réalisée par la CNAMTS à la demande de la Cour, l'assurance maladie a pris en charge sous forme d'honoraires un montant estimé pour 2012 à 3,9 Md€ au titre de la rémunération des médecins libéraux pour leur activité en cliniques. Ces derniers ont facturé par ailleurs des dépassements d'honoraires estimés à 800 M€.

Des comparaisons délicates avec le secteur public hospitalier

La masse salariale des cliniques privées apparaît en progression plus rapide entre 2007 et 2012 (+1,9 % par an en moyenne en euros constants) que dans le secteur hospitalier public (+0,6 %), malgré l'évolution modérée sur cette période de la valeur du point de la convention collective.

Aucune étude nationale récente n'a procédé à une analyse de l'évolution du coût global du travail et de ses composantes (salaires, charges et structure d'emplois) dans le secteur lucratif, ni n'a actualisé les comparaisons avec le secteur public. Les données de terrain font également défaut car l'obligation législative de transmission des comptes des cliniques aux agences régionales de santé (ARS) n'est pas appliquée.

Les dépenses de personnel des cliniques privées : une charge pour l'assurance maladie à mieux connaître

La comparaison intersectorielle est certes délicate et elle devrait au moins, pour être pertinente, prendre en compte l'organisation des cliniques en différentes entités et la prédominance de l'exercice libéral. Elle présenterait pourtant de l'intérêt, notamment sur la mobilité intersectorielle des personnels.

Une dépense à mieux isoler au sein de l'ONDAM

Les dépenses de personnel des cliniques privées prises en charge par l'assurance maladie peuvent être estimées à 10 Md€. Il n'y en a pas d'appréhension globale ni de suivi de leurs

composantes de la part des pouvoirs publics. Elles sont actuellement éclatées entre plusieurs sous-objectifs de l'ONDAM, selon qu'il s'agit de personnel salarié ou d'exercice libéral.

Cet éclatement empêche le traitement adapté d'un fort enjeu financier. Il reflète une conception selon laquelle les charges des cliniques sont une affaire de gestion purement interne, en contradiction avec l'importance des montants en jeu pour l'assurance maladie.

Recommandations

75. accompagner la création d'un seul sous-objectif « ONDAM hospitalier » au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie d'une information plus complète et plus détaillée en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale sur les différentes composantes de la dépense de personnel des cliniques privées, y compris les honoraires (à tarifs opposables et dépassements) perçus par les professionnels libéraux pour leur activité en cliniques ;

76. adapter en conséquence les dispositifs de suivi et d'analyse de ces dépenses ;

77. développer sur des champs pertinents et selon une méthodologie rigoureuse les comparaisons entre hospitalisation publique et hospitalisation privée à but lucratif ;

78. publier le décret d'application de l'article L. 6111-3 du code de la santé publique pour rendre effective l'obligation de transmission par les cliniques de leurs comptes aux agences régionales de santé.



Les retraites des artisans et des commerçants : une soutenabilité menacée, un poids croissant pour la collectivité nationale

Relevant du régime social des indépendants (RSI), les retraites des artisans et des commerçants (2,1 millions de cotisants et 2 millions de pensionnés) représentent 6,4 Md€ de cotisations et 8,8 Md€ de prestations en 2013. Alors que les régimes complémentaires des artisans et commerçants sont unifiés depuis 2013, deux régimes de base distincts subsistent.

Les régimes de base : des perspectives financières très dégradées

Les régimes de retraites des artisans et des commerçants connaîtront à moyen et long terme une dégradation continue de leur ratio démographique, c'est-à-dire du nombre de retraités rapporté au nombre de cotisants. De ce fait, le déficit structurel des régimes devrait fortement se creuser. Il pourrait s'élever d'environ -3 Md€ actuellement à -4 Md€ en 2030 puis à -7,6 Md€ en 2060.

Actuellement, ce déficit est « masqué » par la structure de financement de la branche vieillesse du RSI, qui fait une large part (45 %) aux ressources non-contributives

La suppression de la contribution sociale de solidarité (C3S), qui consti-

tue la ressource actuelle d'équilibrage du RSI, et le principe de l'intégration financière au régime général, actés dans la loi de financement rectificative pour 2014, comportent le risque de voir se reporter l'effort d'équilibrage nécessaire sur les affiliés au régime général ou sur la dette sociale.

Un effort contributif à aligner sur celui des travailleurs salariés

Depuis l'alignement avec le régime général amorcé en 1993, les droits des affiliés du RSI ont progressivement convergé avec ceux des salariés du privé, laissant subsister peu de différences dans les conditions d'âge et de calcul des droits.

À droits équivalents, l'effort contributif des indépendants demeure cependant inférieur à celui des travailleurs salariés. Si les taux de cotisations cumulés sont proches entre les deux régimes, les taux imposés à l'assiette déplafonnée (au-delà du plafond de la sécurité sociale) pour les indépendants reste très inférieurs à ceux du régime général.

Les cotisations sont en outre assises sur des revenus plus fréquemment sous-déclarés que pour les travailleurs

Les retraites des artisans et des commerçants : une soutenabilité menacée, un poids croissant pour la collectivité nationale

salariés. Le nécessaire renforcement de l'effort contributif des artisans et commerçants est donc indissociable d'une véritable politique de lutte contre la fraude aujourd'hui quasiment inexistante au RSI.

Un régime complémentaire aux perspectives plus favorables

La fusion des régimes complémentaires au sein du régime complémentaire des indépendants (RCI) apparaît comme un succès. Celui-ci a permis d'améliorer l'équité entre artisans et commerçants tout en maintenant des perspectives financières favorables. Ce régime provisionné, c'est-à-dire qui constitue des réserves pour le financement des prestations futures, devrait rester excédentaire jusqu'en 2031. Un audit externe de la gestion de ces réserves financières serait utile.

La gestion technique : d'importantes marges de progrès

Le RSI a connu de graves difficultés de gestion avec la mise en place de l'interlocuteur social unique (ISU), c'est-à-dire le guichet unique confié aux

URSSAF pour le recouvrement des cotisations. Le RSI a depuis procédé à des opérations de rattrapage pour s'assurer que l'ensemble des droits liés à la carrière des assurés étaient bien reconnus en contrepartie de l'ensemble des cotisations perçues.

Toutefois, le respect des délais de paiement réglementaires s'est effondré à près de 50 % pour les pensions directes avec la mise en place d'une application unique de liquidation. La mise en place de la liquidation unique avec d'autres régimes, prévue en 2017, devra faire l'objet d'une vigilance attentive avec l'appui des tutelles.

Les retraites des artisans et des commerçants : une soutenabilité menacée, un poids croissant pour la collectivité nationale

Recommandations

79. renforcer l'effort contributif des cotisants, notamment par l'alignement progressif du taux de la cotisation dé plafonnée sur celui des salariés ;

80. éviter le risque d'un sous-financement chronique de la dotation d'équilibre de la CNAVTS aux régimes de retraite des commerçants et artisans dans le contexte de la suppression de la C3S en compensant cette charge par des recettes à même de répondre à l'accroissement tendanciel de leur déficit ;

81. anticiper suffisamment les modalités de mise en œuvre de la liquidation unique pour éviter toute difficulté à l'échéance fixée du 1^{er} janvier 2017 et, en cas de risque, décaler cette dernière ;

82. procéder à cette occasion à la fusion des régimes de retraite de base des commerçants et des artisans ;

83. faire procéder, dans le cadre de la préparation de la prochaine convention d'objectifs et de gestion, à un audit externe des modalités de gestion des réserves financières du régime complémentaire.



Le réseau du régime social des indépendants : une réorganisation à achever

Créé en 2006, le régime social des indépendants (RSI) regroupe les trois réseaux qui jusque-là géraient la protection sociale des indépendants (AVA, CANAM et ORGANIC).

Il emploie 6 000 agents et a versé, en 2013, 18 Md€ de prestations à 6 millions de bénéficiaires

Après avoir examiné en 2012 la très difficile réforme du recouvrement des cotisations des indépendants avec l'instauration en 2008 d'un interlocuteur social unique (ISU), la Cour a examiné, avec le concours de la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale rattachée à la direction de la sécurité sociale, la fusion des trois réseaux précédents et les gains d'efficacité obtenus.

Une fusion sans dynamique de réduction des coûts

La réorganisation administrative du réseau s'est faite dès le 1er juillet 2006 avec la mise en place d'une caisse nationale et une diminution des deux tiers du nombre des caisses locales : 30 contre 92 précédemment. Pour autant la taille des nouvelles caisses demeure peu importante.

L'effectif moyen est inférieur à 120 ETP et le nombre de cotisants inférieur à 100 000 assurés. La caisse la plus importante du RSI liquide moins de 4 800 pensions de retraite par an, soit quatre fois moins que la plus petite caisse du régime général.

La plupart des caisses n'atteignent pas une taille critique qui permettrait d'assurer leurs missions dans de bonnes conditions et d'optimiser leurs fonctions support qui n'ont pas décliné comme prévu.

Un grand nombre des implantations départementales a été maintenu en raison notamment du choix initial de ne pas imposer de mobilités géographiques aux agents. Le tiers des caisses comprend ainsi des implantations infrarégionales de moins de 10 salariés.

À ce jour, les mutualisations sont peu nombreuses bien qu'elles aient été annoncées comme un enjeu de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2012-2015. En particulier, l'accueil téléphonique a bien été réorganisé au sein de six groupements mutualisés. Toutefois, ni le délai d'attente, ni la qualité de réponse ne sont encore mesurés.

Le réseau du régime social des indépendants : une réorganisation à achever

Des gains d'efficacité en décalage avec les autres régimes

La 1^{ère} COG du RSI sur la période 2007-2011 avait prévu que les dépenses de gestion administrative devaient baisser de 12,5 % en 5 ans par rapport à la situation avant la fusion. Mais la crise de l'ISU et la prudence de la COG 2012-2015 ont significativement réduit les ambitions initiales.

Les effectifs du RSI sont restés stables de 2006 à 2013, en décalage avec les autres régimes. Les dépenses de personnel ont progressé de plus de 18 %, en particulier sous l'effet de mesures catégorielles décidées dans le cadre de la fusion (30 M€). Les coûts immobiliers restent à ce stade importants et les restructurations immobilières ne sont pas encore achevées.

Au total, les dépenses de gestion administrative ont progressé de près de 10 % de 2006 à 2013 et de 17,3 % hors remise de gestion aux organismes conventionnés, malgré une stabilisation en 2013. En conséquence, le coût de gestion par agent est significativement plus élevé dans le RSI que dans les autres régimes de sécurité sociale.

La nécessité d'une impulsion nouvelle dans la prochaine COG

Sept ans après la mise en œuvre très difficile de l'ISU et les premiers résultats obtenus dans l'amélioration de la qualité du recouvrement, la prochaine COG de 2016 constitue un enjeu majeur pour restaurer complètement la qualité de service, diminuer significativement les coûts de gestion et préparer les réformes qui vont avoir des répercussions profondes sur le régime des indépendants, comme la liquidation unique des pensions de retraite et la suppression de la C3S en trois ans.

Ces évolutions doivent être replacées dans une recherche de gains de productivité, notamment en renforçant la gestion centralisée des affiliations, en confortant une gestion mutualisée du contentieux et en réexaminant à terme le mode de gestion des professions libérales.

La démarche de reconfiguration du réseau engagée à l'initiative de la caisse nationale fin 2013 devrait être amplifiée pour relever la taille minimale des caisses et fixer des objectifs chiffrés de gains d'efficacité, en facilitant la mobilité des agents.

Le réseau du régime social des indépendants : une réorganisation à achever

Recommandations

84. développer les mutualisations entre caisses par la centralisation accrue de l'affiliation, le maintien de services contentieux partagés et la reconsidération du mode de rattachement des professions libérales ;

85. réorganiser significativement le réseau des caisses pour renforcer sensiblement la qualité du service aux assurés et diminuer les coûts de gestion ;

86. accompagner les regroupements à venir en facilitant la mobilité des personnels.



Le recouvrement des cotisations sociales en Corse : une crédibilité à établir

En 2013, 1 Md€ de cotisations sociales ont été recouvrées en Corse, par l'URSSAF de Corse, la caisse de la Mutualité sociale agricole (MSA) et celle du régime social des indépendants (RSI).

Un recouvrement des cotisations très dégradé

Le stock de cotisations restant à recouvrer atteignait 266 M€ en fin d'année 2013. Il représente 15,6 mois pour la MSA (82 M€), 9,2 mois pour le RSI (77 M€) et 1,6 mois de cotisations appelées pour l'URSSAF (108 M€).

Les paiements spontanés demeurent plus faible en Corse qu'en France métropolitaine, en particulier pour les indépendants (-7,8 %) et le secteur agricole (-16,9 %). Au RSI et à la MSA, les déclarations de revenus s'avèrent tardives, ce qui perturbe le recouvrement.

Il s'ensuit des taux de restes-à-recouvrer à 15 mois importants. En 2013, ceux-ci s'élèvent à 28 M€ pour le régime général (3,4 % contre 0,9 % en France métropolitaine) et 27 M€ pour le RSI (26,9 % contre 22,8 %). Les taux de recouvrement sont systématiquement plus bas que ceux des cinq orga-

nismes les moins performants au sein des réseaux (régime général, régime agricole, régime des indépendants).

Enfin, les stocks de créances sont plus élevés en Corse que sur le continent, en dépit de plans réguliers d'admission en non-valeur ou d'apurement (MSA).

Les différences constatées ne peuvent s'expliquer entièrement par le contexte économique ou la structure des entreprises corses. Elles traduisent une forme d'érosion du consentement à payer à laquelle malgré certains progrès récents les organismes chargés du recouvrement peinent à répondre.

Une organisation inefficace

Joue à cet égard la faible dimension des organismes chargés du recouvrement, qui sont les plus petits organismes de leur réseau respectif (125 agents pour la caisse de MSA, 77 pour l'URSSAF et 46 pour la caisse du RSI). Cette taille réduite rend complexe l'acquisition de compétences expertes ou spécialisées. Pour y faire face, ces caisses n'ont d'autres choix que de renforcer substantiellement (URSSAF) ou développer (MSI ou RSA) toutes les formes de coopérations

Le recouvrement des cotisations sociales en Corse : une crédibilité à établir

(mutualisations, unions de moyens, spécialisations croisées...).

Des actions de recouvrement insuffisantes

S'agissant du recouvrement amiable, l'URSSAF de Corse privilégie les procédures d'accompagnement des débiteurs, avec une efficacité supérieure à la moyenne nationale quoiqu'en inflexion récente. En revanche, la caisse locale du RSI sous-utilise les procédures de recouvrement amiable, tandis que la MSA n'applique pas les directives nationales, ce qui contribue à la faiblesse des résultats de recouvrement.

En matière de recouvrement contentieux, l'ensemble des procédures disponibles reste sous-utilisé. Au RSI et à la MSA notamment, les saisies-attributions ont connu un récent regain, accéléré par le passage à la prescription quinquennale, mais le recours à cette pratique pourtant légitime pour rétablir l'efficacité du recouvrement reste en-deçà de leur obligation de moyens.

Au vu des résultats obtenus pour la fonction contentieuse, il paraît opportun de s'interroger sur de plus grandes mutualisations avec les organismes du continent, qui peuvent prendre la forme de délégations croisées.

La dette sociale agricole : un retour nécessaire au droit commun

La dette sociale de la MSA en Corse a connu trois plans d'apurement successifs en 2001, en 2002-2003 et en 2005.

Ces plans d'apurement répétés constituent un signal négatif à l'égard des redevables. Outre qu'ils ont constitué un effet d'aubaine

pour certains mauvais payeurs, ils ont été inefficaces : 76,3 % de cette dette sociale reste à recouvrer à ce jour auprès de débiteurs qui n'ont bénéficié d'aucune mesure d'apurement. Par ailleurs, les créances des plus gros débiteurs continuent à constituer le stock le plus important de cette dette.

La crédibilité du recouvrement social en Corse nécessite non seulement la mise en œuvre rigoureuse des procédures par les organismes collecteurs, mais aussi un engagement ferme et constant des pouvoirs publics pour soutenir ces démarches, notamment contentieuses.

Le recouvrement des cotisations sociales en Corse : une crédibilité à établir

Recommandations

87. systématiser les coopérations entre les caisses insulaires et les organismes continentaux pour mieux professionnaliser les activités de recouvrement des cotisations ;

88. restaurer le droit commun des cotisations sociales en Corse en mettant en œuvre avec détermination l'ensemble des voies de recouvrement forcé et en évitant tout nouveau plan de « désendettement social ».



La gestion des personnels de direction des organismes de sécurité sociale : une stratégie à construire

Les 2 324 agents de direction (ADD) en fonction en 2013 dans les organismes de sécurité sociale sont des salariés de droit privé bien que leur recrutement et leur carrière soient régis par le code de la sécurité sociale. Alors que leur rôle doit être majeur dans la modernisation et l'efficacité des organismes de sécurité sociale, les modalités de leur propre gestion ont peu évolué et n'apparaissent pas toujours adaptées à ces exigences.

Des effectifs ajustés de façon tardive et limitée aux évolutions des réseaux

Les effectifs d'agents de direction ont augmenté de façon continue jusqu'en 2006, alors même que le nombre de caisses diminuait depuis le début des années 2000 sous l'effet des restructurations des réseaux. La diminution des effectifs a été plus nette au niveau local que national, même si elle a été encadrée par des accords conventionnels protecteurs interdisant notamment toute mobilité géographique ou fonctionnelle imposée. Elle a été moins significative dans le régime général que dans les autres et a été surtout réalisée grâce aux départs en retraite. Les ratios d'encadrement

sont inégaux entre réseaux et entre organismes d'un même réseau. Des conséquences devront en être tirées dans les flux de recrutements à fixer pour l'avenir.

Une gestion des parcours à construire

La définition d'une politique d'ensemble de recrutement, de formation et de définition des parcours professionnels, adaptée aux contraintes et aux choix stratégiques des organismes, demeure encore très largement à construire.

Les mobilités, entre branches et surtout entre régimes et à l'extérieur de la sécurité sociale, sont rares et peu valorisées pour ceux qui les entreprennent. Les carrières des ADD continuent d'être insuffisamment transversales, faute notamment d'un centre de gestion des ressources dirigeantes.

Une fonction d'employeur éclatée

En dépit d'un renforcement de l'autorité des caisses nationales, les pouvoirs relatifs à l'individualisation des rémunérations, à la nomination des

La gestion des personnels de direction des organismes de sécurité sociale : une stratégie à construire

cadres dirigeants⁽⁸⁾ et à la cessation de leurs fonctions restent encore dispersés entre différentes autorités, affaiblissant l'effectivité de leur gestion.

L'attribution des éléments la rémunération relatifs à la compétence et à la performance est peu transparente et les caisses nationales n'en ont qu'une visibilité limitée. La Cour a du reste relevé des irrégularités ou des non conformités à la convention collective.

Si la nomination des cadres dirigeants échoit en principe aux directeurs des caisses nationales, les conseils d'administration des caisses locales peuvent s'y opposer. À l'inverse aucune caisse nationale ne dispose du pouvoir de licencier ou de sanctionner disciplinai-

rement les cadres dirigeants de son réseau, qui sont liés par contrat à une caisse locale et non à la caisse nationale. Elles ne peuvent pas non plus mettre fin aux fonctions d'un cadre dirigeant qui, sans avoir commis de faute professionnelle caractérisée, ne donne pas satisfaction.

Ces dispositions induisent une quasi-inamovibilité des agents de direction, dès lors que ceux-ci ne sont par ailleurs soumis à aucune obligation de mobilité, ni aucune durée maximale de fonction.

Ce cadre juridique de gestion devrait être clarifié par l'instauration d'un lien contractuel entre les cadres dirigeants des organismes locaux et la caisse nationale.

⁸ C'est-à-dire les directeurs et agents comptables des organismes de sécurité sociale.

La gestion des personnels de direction des organismes de sécurité sociale : une stratégie à construire

Recommandations

89. moduler plus rigoureusement la rémunération des agents de direction en fonction de l'atteinte des objectifs qui leur sont fixés ;

90. déterminer au niveau national un taux-cible d'encadrement supérieur pour les différentes branches et régimes en fonction de leurs spécificités organisationnelles et dimensionner en conséquence les flux de recrutement d'ADD, en y intégrant, comme déjà recommandé par la Cour, les caisses de retraite des professions libérales ;

91. donner aux directeurs des caisses nationales la pleine responsabilité d'employeur des cadres dirigeants de leur réseau, en modifiant, par la loi, les modalités de leur nomination et de cessation de fonction et en instituant une relation contractuelle de salariat entre ces personnels et la caisse nationale ;

92. favoriser une gestion plus transversale des ADD :

- en créant un centre de ressources dirigeantes inter-régimes ;

- en ouvrant les perspectives professionnelles des ADD par l'institution d'une mobilité obligatoire pour accéder à des postes de direction de classe 2 et par le développement de passerelles vers les trois fonctions publiques ;

- en construisant une politique de formation continue, d'évaluation et de définition de parcours professionnels permettant de garantir l'adéquation des compétences et des qualifications aux besoins des régimes et d'envisager à terme rapproché la suppression de la liste d'aptitude.