

Synthèse

Sécurité sociale 2010

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

■ Avertissement

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

L'ordre des chapitres résumés correspond à celui du rapport.

Sommaire

Présentation	5
1 - Les comptes sociaux en 2009.....	6
2 - L'objectif national de dépenses d'assurance maladie.....	11
3 - Les compensations inter-régimes.....	14
4 - Le suivi des recommandations formulées par la Cour sur les niches sociales.....	16
5 - Les contrôles de caisses dans le cadre du réseau d'alerte.....	19
6 - Le système d'information de la branche maladie du régime général.....	20
7 - L'absentéisme maladie dans les organismes de sécurité sociale... ..	23
8 - La lutte contre la fraude aux prestations sociales dans le régime général	26
9 - Le fonctionnement des commissions de recours amiable.....	29
10 - L'organisation de la protection sociale dans les IEG.....	32
11 - La situation financière des hôpitaux publics	36
12 - Les équipements lourds d'imagerie médicale.....	39
13 - Les soins dentaires.....	42
14 - Décotes et surcotes dans les pensions de retraite.....	45
15 - L'invalidité et l'inaptitude dans le régime général.....	49
16 - Les aides publiques apportées aux familles monoparentales.....	53
17 - Aspects internationaux de la sécurité sociale.....	57
Conclusion Générale	60

Présentation

Défini notamment par l'article LO 132-3 du code des juridictions financières, le rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale présente le résultat des travaux de la Cour des comptes sur la sécurité sociale.

Dans une première partie, la juridiction analyse les comptes de la sécurité sociale de 2009. Elle rend son avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre et analyse l'ensemble des comptes des organismes inclus dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) puis examine les conditions de réalisation de l'ONDAM, pour 2009 notamment. Compte tenu des enjeux pour l'équilibre des comptes, le suivi des recommandations précédentes est ciblé cette année sur l'évaluation et la maîtrise des « niches sociales ».

Une deuxième partie est consacrée à l'examen de la gestion des organismes de sécurité sociale (OSS). Elle comprend la synthèse des contrôles effectués dans le cadre du réseau d'alerte, mais aussi plusieurs enquêtes thématiques portant successivement sur le système d'information de la branche maladie du régime général, l'absentéisme maladie dans les organismes, la lutte contre la fraude aux prestations sociales, enfin le fonctionnement des commissions de recours amiable (CRA). Une analyse particulière de la protection sociale dans les industries électriques et gazières est également présentée.

Une troisième partie est relative à la gestion des risques. Pour la branche maladie, trois insertions concernent successivement la situation financière des hôpitaux publics, la politique d'équipements en imagerie médicale, les soins dentaires.

Deux insertions concernent la branche retraite : la première traite des décotes et surcotes dans les pensions de retraite, la seconde de l'invalidité et de l'inaptitude au travail dans le régime général. Pour la branche famille, une insertion analyse les aides publiques apportées aux familles monoparentales. Une insertion aborde enfin, de manière transversale, divers aspects internationaux de la sécurité sociale.

Dans leur diversité, les travaux de la Cour mettent souvent en évidence l'ampleur des évolutions récentes mais aussi, à chaque fois, la nécessité de réformes complémentaires, indispensables notamment du fait du contexte financier très dégradé. C'est pourquoi la Cour prolonge ses constats par une série de recommandations, dont elle assurera le suivi. ■

Cour des comptes

1 Les comptes sociaux en 2009

Les tableaux d'équilibre

Les trois tableaux d'équilibre qui suivent, relatifs à l'exercice 2009, seront soumis pour approbation dans le projet de loi de financement pour 2011. La Cour donne au préalable son avis sur « la cohérence » de ces tableaux.

Régime général

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	139,7	150,3	- 10,6
Vieillesse	91,5	98,7	- 7,2
Famille	56,1	57,9	- 1,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,4	11,1	- 0,7
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	292,4	312,7	- 20,3

Source : Direction de la sécurité sociale

Ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	163,2	173,6	- 10,4
Vieillesse	179,4	188,3	- 8,9
Famille	56,6	58,4	- 1,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,8	12,4	- 0,6
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	405,6	427,3	- 21,7

Source : Direction de la sécurité sociale

Organismes concourant au financement des régimes de base

En Md€

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	13,0	16,2	- 3,2

Source : Direction de la sécurité sociale

Le contrôle exercé par la Cour sur la cohérence des tableaux avec les données comptables des régimes porte d'abord sur la qualité des comptes produits. Il est facilité par la certification désormais effective des comptes des différents régimes. Certes, on note encore un poids relativement significatif des refus de certifier (32 % des charges totales) ou des certifications avec réserve (51 %). Malgré les progrès réalisés ou engagés, l'ampleur des chantiers nécessaires, en particulier pour le contrôle interne, explique largement ce résultat encore contrasté.

Un deuxième point d'attention pour la Cour est la cohérence entre les comptes eux-mêmes et les tableaux de centralisation (TCDC), agrégés pour

constituer les tableaux d'équilibre. Des divergences seulement mineures ont été mises en évidence par la Cour et d'ailleurs rectifiées.

Pour la construction des tableaux d'équilibre, la Cour continue cependant à contester le choix de principe retenu, qui consiste à privilégier pour les tableaux d'équilibre publiés dans les PLFSS une vision supposée « économique », fondée sur des retraitements conduisant à compenser provisions et reprises.

Sur la base des vérifications effectuées, la Cour exprime l'avis suivant :

Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre

Les opinions exprimées par les auditeurs externes des régimes témoignent de l'ampleur des progrès restant à accomplir pour disposer d'une information comptable fiable, particulièrement en matière de contrôle interne et de systèmes d'information.

En outre, en dépit des améliorations observées, le processus de contrôle des données comptables intégrées aux tableaux d'équilibre reste à parfaire.

Enfin, les tableaux d'équilibre comportent toujours des retraitements contraires aux règles comptables, consistant à contracter des charges et des produits, sans impact toutefois sur le montant des déficits : les produits et charges du régime général sont ainsi minorés de 16,7 Md€ et ceux de l'ensemble des régimes de base de 21,1 Md€.

En conséquence, la Cour ne peut encore apporter qu'une assurance limitée sur la cohérence entre ces tableaux d'équilibre et les comptes des régimes et organismes.

La situation des comptes de la sécurité sociale en 2009

Une dégradation sans précédent des comptes du régime général

Le déficit du régime général, s'est établi à 20,3 Md€ en 2009, soit un quasi doublement par rapport à 2008. Si l'on y ajoute celui du fonds de solidarité vieillesse, qui finance à titre quasi exclusif l'assurance vieillesse du régime général, il atteint -23,5 Md€.

Il représente près du double du déficit prévu dans la LFSS pour 2009, proche de celui constaté en 2008 (-10,5 Md€).

Cette dégradation traduit un effet de ciseau entre des charges, en progression de 4,3 % dans les comptes des branches (dont 4,7 % au titre des prestations légales, en particulier du fait de la progression encore soutenue des dépenses de maladie et de retraite) et des produits dont la hausse s'est limitée à 1,1 % en raison notamment, mais pas uniquement, des effets de la conjoncture économique sur les recettes.

Toutes les branches sont en déficit. Le solde de la **branche maladie** dépasse 10 Md€. Celui de la **branche retraite** atteint 7 Md€.

Pour la **branche famille**, le déficit atteint -1,8 Md€. Du fait d'une erreur comptable sur les provisions, le résultat

net de la **branche famille** aurait été excédentaire de 259 M€ en 2008, au lieu d'être déficitaire, et celui de 2009 aurait atteint -2,4 Md€, soit une dégradation de 2,7 Md€ entre les deux exercices.

Excédentaire en 2008, La **branche AT-MP** est quant à elle également en déficit en 2009 (pour -0,8 Md€).

Une dégradation des comptes du FSV et de la branche retraite des exploitants agricoles

Les autres régimes sont presque tous équilibrés par l'Etat ou par le régime général (pour les régimes dits intégrés). Le déficit global atteint cependant 1,4 Md€, du fait de l'absence de recettes suffisantes, pour faire face au déficit de la **branche retraite** du régime des exploitants agricoles. Le déficit pour 2009 (de 1,2 Md€) a ainsi été couvert par des ressources de trésorerie.

Après deux exercices excédentaires, le **FSV** a de nouveau présenté des résultats très dégradés en 2009, son déficit atteignant 3,2 Md€ en raison de la conjonction de la baisse de ses recettes (une part ayant été transférée à la CADES) et la progression des dépenses du fait notamment de la hausse du nombre des chômeurs.

La trésorerie du régime général reste dégradée

La situation de trésorerie du régime général demeure très dégradée sous l'effet des déficits de l'exercice 2009, avec un solde global de -25,3 Md€ au 31 décembre 2009, contre

Les comptes sociaux en 2009

-18,8 Md€ à fin 2008, en dépit de la reprise par la CADES des déficits cumulés des branches maladie et retraite du régime général ainsi que du FSV, pour un montant de 27 Md€.

Au 31 décembre 2009, les dettes exigibles de l'Etat vis à vis de la sécurité sociale s'élevaient à 0,8 Md€ (dont 0,6 Md€ pour le régime général), en forte diminution par rapport à 2008

(3,6 Md€), compte tenu de l'importance des ouvertures de crédits budgétaires intervenues en loi de finances rectificative pour 2009 (3,2 Md€) et de deux opérations d'apurement de dettes anciennes, au moyen d'une affectation de recettes fiscales, également prévues par la LFR pour 2009 (pour 0,6 Md€).

Evolution des résultats des régimes sociaux

En Md€

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Régime général	-11,5	-13,2	-11,6	-8,7	-9,5	-10,2	-20,3
Autres régimes	-0,2	0,4	0,0	0,9	0,4	0,5	-1,4
Fonds de financement (FSV/FFIPSA)	-0,9	-1,4	-3,4	-2,6	-2,1	-1,8	-3,2
Total⁽¹⁾	-12,6	-14,1	-14,4	-10,2	-11,0	-11,9	-24,9

Sources : Cour des comptes

Résultats du régime général (prévisions et réalisations 2009)

	Réalisés 2008	Prévisions initiales (en LFSS 2009)	Prévisions rectifiées (en LFSS 2010)	Réalisés 2009
Maladie	-4 449	-4 596	-11 460	-10 571
AT-MP	241	-125	-649	-713
Famille	-342	-497	-3 111	-1 830
Retraite	-5 636	-5 289	-8 203	-7 233
Régime général	-10 186	-10 507	-23 423	-20 348

Sources : Comptes combinés des branches (exécution), LFSS (prévisions)

(1) Jusqu'en 2008 inclus, le total tient compte de la déduction des résultats du régime des exploitants agricoles repris dans ceux du FFIPSA, supprimé au 1er janvier 2009. Le résultat du FFIPSA présenté pour 2008 exclut le produit exceptionnel constaté au titre de la reprise de ses dettes par l'Etat (7,9 Md€).

Recommandations

→ 1. Fixer par une circulaire les règles d'établissement des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) et confier leur vérification aux commissaires aux comptes (recommandation réitérée).

→ 2. Mettre fin à la présentation en LFSS de tableaux d'équilibre intégrant des retraitements contraires aux règles comptables (recommandation réitérée).

→ 3. Rendre obligatoire la publication des comptes des branches du régime général ainsi que des comptes des autres régimes et organismes, accompagnés des rapports des commissaires aux comptes correspondants.

→ 4. Limiter le recours à l'emprunt par l'ACOSS au financement des besoins infra annuels de trésorerie (recommandation réitérée)

2 L'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Une rétrospective de l'ONDAM

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est un dispositif de maîtrise des dépenses de santé financées par la sécurité sociale qui existe depuis 1996. Voté chaque année avec la LFSS et décomposé depuis 2005 en six sous-objectifs, l'ONDAM détermine un niveau de dépenses destiné à ne pas être dépassé, bien que cela ait toujours été le cas à l'exception de 1997. Dans une analyse rétrospective, la Cour a analysé les faiblesses de cet instrument. A la suite du rapport Briet qui portait sur le même sujet, les pouvoirs publics ont remédié à certaines de ces faiblesses.

La construction de l'ONDAM de l'année N, en premier lieu, repose sur la prévision de dépenses de l'année N-1, établie au mois de septembre N-1. L'écart entre cette prévision de dépenses et les dépenses constatées explique un tiers des dépassements depuis 2005. Il convient donc que des mesures correctrices soient possibles dès le constat des résultats effectifs.

Depuis 2005, l'annexe B de la LFSS présente les taux d'évolution de

l'ONDAM pour les trois années à venir. Ces projections font l'objet de prévisions peu réalistes et qui attestent de leur caractère essentiellement politique.

Pour le **suivi des dépenses en cours d'année**, il n'existait pas d'organisme chef de file en charge de la mise en œuvre des sous-objectifs de l'ONDAM ou de leurs composantes. Et aucune enceinte ne permettait de réunir les institutions chargées de la mise en œuvre des sous-objectifs, afin de faire le point des prévisions de dépenses. Il a été remédié tout récemment à ces problèmes.

Depuis 2004, existe un comité d'alerte, chargé d'alerter le Parlement, le gouvernement et les caisses d'assurance maladie en cas de risque de dépassement de l'objectif supérieur à 0,75 %. L'efficacité de la procédure d'alerte est d'ailleurs limitée : activée en 2007, elle n'a pas pu limiter de façon significative le dépassement.

Le **constat** des dépenses enfin, peut être également amélioré. Il ne distingue toujours pas les dépenses relevant du 2ème sous-objectif (dépenses des établissements hospi-taliers tarifés à l'activité) et celles relevant du 3ème

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie

(autres dépenses des établissements hospitaliers). Il prend en compte certaines indemnités qui ne relèvent pas des dépenses d'assurance maladie. Pour certains postes, il ne permet pas de distinguer les dépenses de soins de l'année des dépenses au titre des années antérieures, alors que, selon la méthode adoptée, seules les dépenses de soins de l'année devraient être retenues.

De ce fait, d'ailleurs, une actualisation régulière des montants des années antérieures serait nécessaire, avec une procédure adaptée. Aujourd'hui, chaque LFSS ne mentionne le constat que pour le dernier exercice clos.

L'ONDAM en 2009

La LFSS pour 2009 a fixé le montant de l'ONDAM à 157,6 Md€. Cet objectif est en augmentation de 3,8 % par rapport à celui qui avait été fixé pour 2008 et correspond à une augmentation de 3,3 % par rapport aux prévisions de dépenses pour 2008, connues en septembre 2008. Les sous-objectifs qui connaissent les plus fortes augmentations relatives, par rapport aux prévisions de dépenses pour 2008, sont les deux sous-objectifs médico-sociaux (8,3 % pour les personnes âgées et 4,7 % pour les personnes handicapées).

En 2009, la base 2008 des dépenses a encore été sous-évaluée lors de la construction de l'ONDAM. Avec un dépassement prévu en juin 2009 de 0,25 %, des mesures d'économie

supplémentaires ont été proposées dans le PLFSS pour 2010.

Le dépassement confirmé par la Cour, de 0,7 Md€, provient des sous-objectifs relatifs aux soins de ville (0,2 Md€) et aux établissements de santé tarifés à l'activité (0,5 Md€). Plusieurs facteurs les expliquent : caractère partiel de la réalisation des mesures d'économie concernant les soins de ville ; conséquences de la grippe A (H1N1)v et mise en œuvre de la nouvelle nomenclature des actes tarifés des établissements hospitaliers

L'évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM en 2009

Les dépenses de soins de ville (dépenses liées aux remboursements d'honoraires des professionnels libéraux, de produits de santé et de prestations, et des paiements d'indemnités journalières) ont progressé de 3,6 % en 2009 par rapport à 2008. Les postes en plus forte augmentation sont les soins infirmiers (+8,9 %), les prises en charge de cotisations sociales des professionnels de santé (+8,9 %) et les dépenses de transport (+8,0 %).

Les dépenses des établissements tarifés à l'activité ont augmenté de 4,1 %, de façon plus importante pour les cliniques privées (4,3 %) que pour les hôpitaux publics (4,1 %).

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Les dépenses relatives aux établissements médicaux-sociaux (dépenses de soins pour les personnes âgées ou handicapées) ont augmenté de 10,3% par rapport à 2008. En réalité, cette augmentation s'explique surtout par un fort accroissement des dépenses des établissements pour personnes

âgées (+19,3%). En revanche, la progression des dépenses pour les établissements pour personnes handicapées (3,0%) est plus faible que celle prévue par la CNSA, ce qui traduit une sous-consommation dans ce secteur.

Recommandations

→5. Formaliser les règles de construction de l'ONDAM, de suivi et de constat des dépenses effectives et définir de façon claire les concepts utilisés.

→6. Mieux définir et suivre les mesures d'économie et rendre compte de façon formalisée et régulière des dépenses et de la mise en œuvre de ces mesures.

→7. Prévoir des mesures d'économie en vue de compenser le cas échéant les dépassements résultant de la sous-évaluation de la base utilisée pour la construction des sous-objectifs.

→8. Appliquer les nouveaux tarifs annuels pour les soins hospitaliers (T2A) en début d'année (1er janvier) ce qui implique d'en revoir les modalités de détermination.

→9. Pour être plus conforme aux résultats comptables d'assurance maladie et faciliter la gestion de l'ONDAM, retenir les dépenses de l'exercice au titre de l'année et des années antérieures, lors du constat des dépenses dans le champ de l'ONDAM.

→10. Présenter le constat de l'ONDAM selon les sous-objectifs définis par la LFSS, c'est-à-dire en distinguant pour les établissements de santé les dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité des autres dépenses, dès l'exercice 2010.

3 Les compensations inter-régimes

La loi a institué en 1974 des mécanismes de compensation financière généralisée, d'une part, entre les régimes de retraite obligatoires de base et, d'autre part, entre les régimes d'assurance maladie. Leur finalité était de compenser, au titre de la solidarité, les déséquilibres résultant des caractéristiques démographiques et des capacités contributives, très différentes d'un régime à l'autre. En effet, le rapport entre le nombre des cotisants et celui des bénéficiaires est très variable : pour l'assurance vieillesse, ce rapport va de 0,13 (régime des mines) à 8,32 (avocats) et, pour l'assurance maladie, de 0,06 (régime des mines) à 0,50 (régime social des indépendants).

Une part importante des transferts entre les régimes (et l'Etat en tant que gestionnaire du régime de retraite de ses agents) résulte de ces mécanismes de compensation démographique.

Les compensations démographiques entre régimes d'assurance maladie

Pour l'assurance maladie, les transferts de compensation démographique, notamment ceux réalisés avec le régime général (compensations bilatérales), n'ont pas suivi les évolutions de la

réglementation. Ainsi, la prise en compte de la CSG, sur une base erronée, augmente de 506 M€ les transferts au détriment du régime général. Compte tenu de la diversité des mécanismes de transferts entre régimes d'assurance maladie, une mise à plat est nécessaire pour simplifier et améliorer l'équité et la transparence dans les relations entre les régimes.

Les compensations démographiques entre régimes d'assurance vieillesse

Pour l'assurance vieillesse, les règles régissant les transferts présentent également des lacunes : les effectifs relatifs aux DOM ne sont toujours pas pris en compte, de même que les capacités contributives des cotisants des régimes de non-salariés. Le nombre de bénéficiaires n'est pas pondéré par les durées cotisées dans chaque régime. Dès lors, le calcul des compensations repose sur une base conventionnelle, éloignée de la situation réelle de chacun des régimes. La logique de solidarité qui avait prévalu à la création du dispositif n'est donc toujours pas pleinement mise en œuvre.

La gestion des compensations démographiques

Alors que les comptes des différents régimes sont depuis 1996 tenus en droits constatés, les calculs des transferts de compensation continuent à être effectués à partir des encaissements et décaissements.

Enfin, les règles de calcul des montants transférés ne sont toujours pas suffisamment explicites et les erreurs demeurent encore trop nombreuses, sans que des possibilités

renouvelées de vérification, notamment dans le cadre des travaux de certification des comptes, soient mises en œuvre.

Le dispositif de compensation doit être revu mais la commission de compensation, qui réunit les représentants des différents régimes n'est guère en mesure de proposer les évolutions nécessaires : les transferts de compensation étant, par construction, à somme nulle, il serait en effet vain de rechercher un consensus entre les régimes.

Il conviendrait donc que la tutelle prenne l'initiative des réformes indispensables en ce domaine.

Recommandations

➔ 11. Rendre conforme à la réglementation le calcul des compensations bilatérales maladie dès 2010.

➔ 12. Supprimer à terme pour les régimes d'assurance maladie la compensation démographique généralisée et réviser les mécanismes de compensation bilatérale entre le régime général et les régimes spéciaux.

➔ 13. Afin d'améliorer la solidarité entre les régimes d'assurance vieillesse, rénover les mécanismes de transfert de compensation dans

l'esprit de la loi de 1974 (prendre en compte les durées cotisées et les capacités contributives, tenir compte de la modification de l'âge de départ en retraite, revoir le mode de calcul des prestations de référence, intégrer les effectifs des DOM).

➔ 14. Veiller à la conformité des paramètres utilisés au regard du principe des droits constatés.

4 Le suivi des recommandations formulées par la Cour sur les niches sociales

Prolongeant l'examen des suites données à ses précédentes recommandations, la Cour a réalisé un travail de suivi de l'enquête qu'elle avait menée en 2007 sur « l'assiette des prélèvements sociaux finançant le régime général ». Elle avait établi un inventaire des réductions, exonérations ou encore abattements d'assiette ou de taux, applicables aux cotisations ou aux contributions sociales, ces divers dispositifs constituant ce qu'on appelle désormais les « niches sociales ».

Trois ans après et malgré des progrès réels, l'enjeu lié aux niches sociales reste insuffisamment reconnu et ces dispositifs trop peu évalués. Les premiers efforts de réexamen des niches se révèlent décevants et appellent des mesures plus volontaristes.

Un enjeu considérable pour les finances publiques

Les 178 dispositifs d'exonération, d'exemption, de réduction de taux ou d'abattement d'assiette, recensés par la

Cour représentaient 67 Md€ de pertes de recettes en 2009 (contre 58 Md€ en 2005).

Une partie importante de ces pertes de recettes est compensée par le versement au régime général (et aux autres régimes obligatoires de base) d'impôts et de taxes affectés (ITAF) ou de crédits budgétaires.

L'enjeu pour les finances publiques tient donc non seulement au total des exemptions non compensées, mais aussi à celui des exonérations compensées.

Un recensement encore incomplet

Depuis la réforme des lois de financement de la sécurité sociale d'août 2005, la description des niches sociales dans les annexes au PLFSS s'est progressivement améliorée, même si des insuffisances demeurent. Ainsi, certaines exemptions ne sont pas mentionnées, comme celles relatives à certains revenus de remplacement ou à certains ITAF et les régimes autres que le régime général sont généralement peu évoqués.

Le suivi des recommandations formulées par la Cour sur les niches sociales

Une estimation de la perte de recettes perfectible

La perte de recettes est minorée en raison de la méthode de calcul, implicite, retenue. Celle-ci surestime l'effet des hausses de taux sur les produits pour tenir compte de la modification des comportements qu'elles induisent (élasticité). En outre, si la norme de référence (par rapport à laquelle on peut apprécier s'il y a écart et donc perte de recette) est explicite, les taux utilisés ne le sont pas toujours. La fiabilité de l'information est variable lorsqu'elle ne manque pas même pour certains dispositifs majeurs. Il en est ainsi du différentiel de taux et d'assiette de cotisations de fonctionnaires, que la Cour a estimé à plus de 6 Md€ en 2009.

Des évaluations limitées

La question centrale n'est cependant pas celle du niveau absolu ou même relatif des niches, par rapport aux recettes, mais bien plutôt celle de leur efficacité ou de leur efficience, par

rapport aux objectifs qui leur ont été assignés sur le plan économique ou social.

La loi de programmation des finances publiques (LPFP) de février 2009 prévoit que l'ensemble des dispositifs existants doivent être évalués d'ici juin 2011. Toutefois les travaux menés dans ce cadre sont encore trop limités.

Le même texte a également prévu, dans une optique de maîtrise financière, que l'effet global des niches devait être plafonné et les nouveaux dispositifs gagés par la réduction des anciens. Pourtant, la LFSS pour 2010 a prévu l'extension de trois dispositifs, en violation de ce principe.

La nécessaire réduction des niches

En 2007 la Cour avait préconisé la réduction de dispositifs dont la pertinence paraissait discutable. Des mesures ont bien été prises⁽²⁾ mais pour des résultats modestes, en raison du nombre trop limité des niches concernées et de la création

(2) Augmentation des taux sur les contrats d'assurance vie multi-supports, les plus-values de cession de valeurs mobilières, les stocks options, les retraites chapeau ou encore les indemnités de départ en retraite, création d'un forfait social (de 2 %, puis 4 %)...

(3) Ainsi de l'exonération de charges sociales des heures supplémentaires.

Le suivi des recommandations formulées par la Cour sur les niches sociales

concomitante de nouveaux dispositifs⁽³⁾. Au final, le coût des mesures nouvelles s'est révélé plus élevé que celui des révisions : la Cour a chiffré à un peu plus d'1 Md€ l'aggravation du coût global des niches sociales, de 2007 à 2010.

La révision des niches sociales au service de l'objectif de retour à l'équilibre des comptes sociaux demeure donc plus que jamais prioritaire.

Elle passe en premier lieu par une amélioration de la lisibilité de l'ensemble des dispositifs, une clarification et une hiérarchisation de leurs objectifs.

Elle passe ensuite par la mise en œuvre d'une politique volontariste de réduction que la Cour a estimé possible sur les principales niches à hauteur de 15 Md€ : hausse du seuil de sortie des exonérations générales, extension de l'assiette et hausse du niveau du forfait social, hausse du taux de la CSG sur les retraites, alignement des taux de prélèvements sur les retraites chapeau sur les taux de droit commun, taxation des indemnités de licenciement et de départ en retraite

5 Les contrôles de caisses dans le cadre du réseau d'alerte

Des réseaux en recomposition

Depuis quelques années, une recomposition des réseaux des régimes de sécurité sociale est en cours. Alors qu'à la fin 2008, les organismes de sécurité sociale proprement dits (hors organismes de regroupement ou conventionnés), étaient au nombre de 483, ils seront environ 400 à la fin de 2011 en raison notamment de la mise en œuvre de regroupements au niveau du département dans les branches maladie et famille.

Les leçons des contrôles sur place d'organismes

Les organismes qui font l'objet d'un audit de la Cour (réalisé le plus souvent grâce à la coopération des administrations de tutelle -budget, santé, agriculture-) sont sélectionnés en fonction de difficultés de fonctionnement persistantes, détectées par une batterie d'indicateurs. Leurs difficultés sont souvent représentatives de celles dont souffre tout leur réseau : déficiences du contrôle interne dans la

branche famille et dans le réseau de la MSA, répartition parfois inutilement complexe des processus de production (résultant de l'histoire et d'une réticence très forte à la mobilité dans la branche maladie, insuffisance du suivi de l'action des huissiers dans la branche recouvrement). Par ailleurs, en dépit des progrès réalisés, la Cour a relevé une insuffisance du pilotage d'ensemble des organismes par la tête de réseau.

Des progrès de productivité inégaux

L'évolution des indicateurs de signalement est instructive. Si la progression de la productivité dans la branche maladie s'est poursuivie, de même que dans le réseau de la MSA, permettant ainsi une limitation des charges administratives, la branche famille et le recouvrement n'ont pas obtenu les mêmes résultats. Mais il est vrai que la succession de mesures nouvelles (notamment le RSA) pour la première et la mise en place, rapide et mal préparée, de l'interlocuteur social unique pour le second, ont perturbé leur fonctionnement.

6 Le système d'information de la branche maladie du régime général

50 millions de bénéficiaires, 100 000 utilisateurs internes

Le système d'information de la branche maladie du régime général a traité 180 Md€ de charges des branches maladie et accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) en 2009. Il compte près de 100 000 agents utilisateurs. Bénéficiant à quelque 50 millions d'assurés et ayants-droit, il échange des données avec la quasi totalité des régimes d'assurance maladie comme avec la branche vieillesse, ainsi qu'avec la totalité des établissements de soins et la majorité des professionnels de santé.

Ce système remplit sa mission quotidiennement, sans panne affectant significativement ses usagers. Mais sa structure est fragile et ses performances très perfectibles.

Une maîtrise d'ouvrage stratégique défaillante

La maîtrise d'ouvrage stratégique du système repose en partie sur l'Etat, à qui

la loi confère une responsabilité particulière dans la définition des orientations stratégiques même si la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) a la charge principale de leur mise en œuvre. Le ministère de la santé ne s'est pas acquitté de manière satisfaisante du double rôle qui lui appartient. D'une part, nombre de dispositions législatives et réglementaires nouvelles affectent le traitement des données, sans examen préalable de la faisabilité et du calendrier des développements informatiques qu'elles appellent. Des retards et une désorganisation certaine des travaux, voire des applications, en résultent fréquemment. D'autre part, l'Etat n'a pas suffisamment veillé à la cohérence entre les conventions d'objectifs et de gestion du régime général et la stratégie informatique de la CNAMTS. Le schéma directeur informatique 2007-2009 n'a ainsi jamais été validé.

Une conformité inégale aux bonnes pratiques

La capacité, la robustesse et les performances des centres de production et des liaisons avec les caisses ont été renforcées dans la période récente. Mais le système exploité demeure largement

Le système d'information de la branche maladie du régime général

obsolètes et hétérogènes. Son architecture et une partie des applications sont inadaptées aux besoins et attentes des assurés et des professionnels de santé.

La planification et le pilotage des développements progressent mais demeurent imparfaitement conformes aux normes et standards internationaux. Ainsi, des centaines de changements par an sont opérés sans approbation formelle et les versions mises en production ne sont pas toujours celles qui ont été approuvées.

D'un système d'information hier cloisonné et peu communicant, la CNAMTS passe progressivement à un système ouvert sur Internet, avec les risques inhérents à la multiplication des accès en temps réel. Son organisation en termes de contrôles internes, de traitement des incidents et de sécurité a été insuffisante, pérennisant des risques auxquels il a été lentement et tardivement remédié.

3 400 agents très dispersés

Ces contre-performances résultent notamment de la trop forte dispersion des équipes informatiques.

Les quelques 3 400 informaticiens de la branche sont répartis entre plus de 150 villes ou sites, au sein de services et centres rattachés soit à la caisse nationale, soit aux caisses régionales et primaires. Les équipes sont souvent

fractionnées entre plusieurs sites éloignés les uns des autres. Ces effectifs sont en légère baisse depuis 2004, mais les caisses locales continuent à réaliser de manière autonome et redondante de trop nombreux développements locaux. À l'inverse, la CNAMTS manque d'informaticiens de haut niveau.

À l'issue du présent contrôle, fin 2009, la caisse nationale a cependant commencé à donner partiellement suite aux recommandations que la Cour avait déjà formulées en 2006 et 2007.

Des crédits sous-consommés

Tout au long de ces dernières années et jusqu'en 2008, alors que des besoins non satisfaits existaient, le budget informatique a été sous-consommé. L'existence de marges de manœuvre budgétaires peut expliquer l'insuffisante réflexion sur les priorités et le rapport coût/avantages des solutions possibles.

Le système d'information de la branche maladie du régime général

Recommandations

- 15. Donner à la direction de la sécurité sociale les moyens nécessaires à la maîtrise d'ouvrage stratégique qui lui incombe.
- 16. Généraliser les études d'impact des réformes de l'assurance maladie en y intégrant l'expertise préalable de leur faisabilité informatique.
- 17. Faire évoluer le système d'information de manière à en faciliter le paramétrage au fil des modifications de textes relatifs à l'assurance maladie.
- 18. Se conformer pleinement aux standards internationaux, dans tous les aspects du système d'information et du contrôle de sa gestion.
- 19. Regrouper les effectifs de la DDSI en un nombre restreint de sites.
- 20. Réduire le nombre de pôles de développement informatique, en mettant un terme au développement incontrôlé d'applications locales dans le réseau (recommandation réitérée).
- 21. Unifier la gestion stratégique de l'ensemble des ressources humaines de la branche pour la maîtrise d'ouvrage et pour la maîtrise d'œuvre informatique (recommandation réitérée).
- 22. Etablir un tableau de bord rendant compte de la totalité des ressources affectées, à tous niveaux, au système d'information de la branche et un plan unique d'allocation de ces ressources.

7 L'absentéisme maladie dans les organismes de sécurité sociale

Un temps de travail effectif plus réduit

La durée conventionnelle du travail dans les caisses est mal connue des caisses nationales et de l'UCANSS. Elle se situerait aux alentours de 1 550 heures par an, soit en deçà des 1 607 prévues par le code du travail. Des dispositions conventionnelles plus favorables, ainsi que le maintien, dans certains organismes, de jours locaux de congés supplémentaires expliquent cet écart.

Un absentéisme mal suivi

Les informations collectées par l'UCANSS sont insuffisantes. Tous les motifs d'absence ne sont pas publiés et, s'agissant de l'absentéisme maladie, les informations recueillies sont incomplètes. La fréquence et la durée des arrêts, le nombre d'agents concernés ou encore les conditions de leur compensation salariale (totale, partielle ou nulle) ne sont ainsi pas renseignés.

Or, l'absentéisme maladie du personnel de la sécurité sociale est en partie atypique par rapport à l'ensemble des salariés français. Cela justifie qu'il soit mieux appréhendé.

Les caractéristiques de l'absentéisme maladie

En 2006, l'absentéisme est quasiment revenu à son niveau de 1997, après une phase de dégradation puis de rétablissement. Les taux diffèrent cependant d'une branche à l'autre (plus élevé dans la branche maladie, plus réduit dans le réseau du recouvrement).

A l'intérieur même des réseaux, la dispersion des taux d'absentéisme est forte. On note par ailleurs une surreprésentation des organismes de sécurité sociale de Champagne-Ardenne, Corse, PACA, Ile-de-France et Nord-Pas-de-Calais parmi les caisses les moins performantes.

Qu'il s'agisse du nombre d'arrêts ou de leur durée, les données confirment la part prépondérante des femmes et surtout des travailleurs âgés dans l'absentéisme maladie (ce qui n'est nullement spécifique aux OSS). Les salariés de plus de 50 ans ont en moyenne un absentéisme supérieur de 88 % à ceux de moins de 50 ans ce qui implique la mise en œuvre d'actions de prévention spécifiques.

L'absentéisme maladie dans les organismes de sécurité sociale

Les agents des OSS sont, en outre, proportionnellement à leur nombre, plus présents dans l'échantillon des arrêts de longue durée, notamment pour troubles dépressifs, que ceux du comité technique national (CTN) regroupant la branche des services (+230%).

Certes, les agents des OSS sont plus âgés et plus féminins et le taux de dépressions est sensible à l'âge et au sexe. Mais, à l'exception des hommes de moins de 40 ans, le taux de dépression dans les OSS est toujours significativement supérieur à celui du CTN services.

L'analyse des caractéristiques géographiques confirme dans ce domaine la spécificité déjà relevée des régions Corse et PACA.

Les conditions de son indemnisation

Les conditions, plus favorables, de compensation de la perte de salaire lié à l'arrêt maladie, peuvent expliquer, pour partie, les taux d'absentéisme plus élevés observés dans les caisses de sécurité sociale. L'enquête a en effet mis en évidence, le faible nombre de jours perdus au-delà des périodes d'indemnisation à 100 %. Le passage de plein salaire à demi-salaire ou la suppression de la compensation financière se

traduisent en effet par une baisse très significative du nombre d'arrêts.

Des politiques de lutte contre l'absentéisme insuffisantes

Il n'y a pas, au niveau national, de véritable analyse des écarts constatés entre les OSS. Or différentes variables explicatives peuvent être trouvées en raisonnant, soit globalement, soit par réseau ou catégorie d'organismes.

Les analyses menées par la Cour montrent ainsi que l'absentéisme total augmente avec l'historique d'absentéisme, l'âge des agents, la pénibilité du travail, la taille de la ville ou le pourcentage de femmes. Il baisse avec la qualification, l'efficacité globale de l'organisation ou l'intensité de la prévention.

L'efficacité de la politique menée par un organisme doit donc s'analyser par comparaison entre un taux d'absentéisme attendu (qui dépend de différents facteurs) et le taux réel constaté une année donnée.

Localement, les actions mises en œuvre se révèlent hétérogènes et parfois peu cohérentes. Mais la mobilisation par un organisme de l'ensemble des leviers à sa disposition (prévention, actions

L'absentéisme maladie dans les organismes de sécurité sociale

d'amélioration des conditions de travail, dissuasion, sanctions...) ne garantit pas pour autant l'obtention de résultats probants. Une véritable analyse, par les caisses nationales, de l'efficacité de ces actions est donc nécessaire, avant de procéder à des transferts d'expérience entre organismes.

Des moyens incitatifs, tels que la promotion du présentéisme, pourraient aussi être envisagés, en particulier la modulation de l'intéressement individuel en fonction de la présence effective des agents.

Recommandations

→ 23. Moduler l'intéressement individuel en fonction de la présence effective des agents.

→ 24. Négocier un alignement de la durée de maintien intégral du salaire sur le régime de la fonction publique d'Etat (trois mois).

→ 25. Réformer et publier le recueil de l'ensemble des données statistiques sur l'absentéisme ; recenser et quantifier les accords locaux sur la durée du travail. Compléter le suivi de l'absentéisme

par une analyse de la structure des arrêts.

→ 26. Apprécier les performances des OSS au moyen d'indicateurs plus adaptés (constat rapporté au niveau attendu ou complété des variations annuelles) et améliorer les échanges d'expérience entre organismes en les coordonnant au niveau des caisses nationales (recensement des bonnes pratiques).

→ 27. Mettre en œuvre une politique de prévention des troubles psychiques dans les OSS.

8 La lutte contre la fraude aux prestations sociales dans le régime général

Des progrès considérables ont été réalisés dans la lutte contre la fraude par une meilleure connaissance des enjeux et par la mise à disposition d'outils nationaux. Mais leur appropriation par les organismes locaux est encore très insuffisante.

Une meilleure connaissance des enjeux.

Si les fraudes détectées sont encore de montant limité, un effort récent a été réalisé pour mieux évaluer les enjeux potentiels de la fraude aux prestations. Dans la branche famille, un échantillon de 10 000 allocataires a fait ainsi l'objet d'un réexamen systématique, afin de vérifier si les prestations avaient été versées à bon droit et si des fraudes pouvaient être caractérisées. Au sein de cet échantillon représentatif, les indus consécutifs à une fraude ont représenté environ 675 M€ soit de l'ordre de 1 % des prestations versées, mais une part importante de ces indus frauduleux est récupérée et en définitive le préjudice réel serait proche de 170 M€.

En extrapolant les premiers résultats de la branche famille, on peut estimer

que l'ensemble des fraudes serait d'environ 3 Md€ par an.

Moins avancées dans les deux autres branches (alors qu'elles sont couramment pratiquées à l'étranger), ces techniques d'analyse des enjeux sur échantillon sont en projet dans les branches retraite et maladie.

A l'occasion de ces divers travaux, la définition générale de la fraude -infraction délibérée aux règles relatives aux prestations, aux fins de procurer un avantage pour soi-même ou autrui- a pu être mieux précisée selon les prestations, notamment dans les branches retraite et famille (mais pas encore dans la branche maladie).

Des outils nationaux nouveaux

La lutte contre les fraudes aux prestations a été reconnue depuis plusieurs années par le gouvernement et par les caisses nationales comme un objectif important, même s'il doit être concilié avec d'autres priorités comme l'amélioration de l'accès au droit ou la simplification des procédures, objectifs qui peuvent au demeurant être contradictoires avec la lutte contre les fraudes.

La lutte contre la fraude aux prestations sociales dans le régime général

Les conventions d'objectif et de gestion (COG) de chacune des branches ont identifié et décliné cet objectif en l'assortissant de moyens nouveaux ou de cibles (même si celles-ci sont restées très peu ambitieuses, en particulier dans la branche retraite).

Des moyens humains nouveaux ont été dégagés, notamment dans la branche retraite, avec la création de 40 postes de contrôleurs assermentés. Dans chacune des caisses nationales, une cellule spécialisée, plus ou moins étoffée, a été constituée. Enfin, au plan national, a été créée en 2008 une délégation nationale de lutte contre la fraude, administration de mission, aux effectifs limités. Elle a pour objet de mieux coordonner les efforts des différents services ou caisses potentiellement concernés.

Des outils juridiques et informatiques nouveaux ont été mis à la disposition des caisses. La possibilité a été donnée aux directeurs de prononcer des amendes administratives, ce qui, avec d'autres mesures, permet de diversifier les sanctions et de les adapter au caractère le plus souvent individuel et limité des fraudes aux prestations. Les échanges de données entre les différents réseaux ont été rendus plus aisés, facilitant la détection des comportements frauduleux.

Ainsi, sous le contrôle et avec l'autorisation de la CNIL, a notamment été mis en place le fichier des bénéficiaires de prestations familiales,

effectif depuis 2009, qui permet de détecter des doublons éventuels. Le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), qui permet de prévenir des cumuls non autorisés par la réglementation entre branches et régimes va également être mis en place.

Des lenteurs dans la mise en œuvre locale

Les progrès dans la mise en œuvre effective de ces outils restent cependant encore assez lents, faute d'une impulsion suffisante des caisses nationales, qui n'ont que peu diffusé les meilleures pratiques, peu réfléchi aux organisations à mettre en place dans les caisses et ne procèdent pas à un examen caisse par caisse des résultats obtenus, ce qui conduit à laisser perdurer des écarts très marqués dans le niveau des fraudes détectées, d'une caisse à l'autre.

Les actions de prévention restent encore inégales et la communication en direction des assurés est toujours embryonnaire. Le déploiement des référentiels de contrôle interne constitue un progrès essentiel, mais on note encore des écarts importants dans la mise en œuvre des actions qu'ils prévoient.

De nombreux types de signalements restent inutilisés et les actions de détection, rendues a priori plus faciles, se limitent encore trop souvent à la mise

La lutte contre la fraude aux prestations sociales dans le régime général

en évidence d'indus, sans que l'intention frauduleuse soit caractérisée et sanctionnée. Par ailleurs, les sanctions administratives sont encore peu prononcées alors que les sanctions pénales demeurent également peu nombreuses.

La mise en œuvre d'une stratégie de mobilisation des caisses est donc nécessaire, pour mieux estimer le niveau de la fraude potentielle, en détecter une part accrue, enfin pour sanctionner une part plus large des fraudes identifiées.

Recommandations

→ 28. Rendre plus lisibles les procédures devant la CNIL en clarifiant les cas de simples déclarations et d'autorisations tacites ou explicites et en facilitant les tests sur échantillons.

→ 29. Elargir les missions de la DNLF à une évaluation rendue publique des progrès réalisés, par rapport aux objectifs fixés.

→ 30. Généraliser l'analyse de l'ampleur des fraudes, à partir d'échantillons.

→ 31. Simplifier les dispositions législatives relatives aux échanges de données entre administrations et organismes sociaux et construire un outil de suivi de la traduction en décrets, en circulaires ou en lettres réseau des dispositions législatives anti-fraudes.

9 Le fonctionnement des commissions de recours amiable

Au sein des organismes de sécurité sociale, les commissions de recours amiable (CRA) sont une émanation du conseil d'administration. Elles doivent obligatoirement être saisies des **contestations de droit**⁽⁴⁾ par les assurés avant une saisine éventuelle des tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS). Elles sont également chargées d'examiner les demandes de remises de dettes (et de majorations de retard).

En 2008, les CRA du régime général et du RSI ont rendu quelque 500 000 décisions.

Le fonctionnement des CRA

Le recensement de l'activité des CRA est effectué par la DSS pour le régime général et le RSI, sur la base des travaux des services déconcentrés, mais ce recensement demeure imparfait. S'agissant du régime agricole, aucun recensement de l'activité des CRA n'est effectué à ce jour.

Pour les remises de dettes, les textes sont imprécis sur la répartition des compétences entre les CRA et les directeurs des caisses. Dans ce contexte, le partage des compétences est variable dans la branche maladie, alors que, dans la branche famille, les CRA examinent l'ensemble des dossiers.

En général, les organismes ont opté pour un traitement anonyme des dossiers de remise de dettes, afin d'en garantir un examen impartial. Tel n'est en revanche pas le cas des CRA du régime agricole.

Dans l'activité du recouvrement, certaines CRA ont mis en place une audition des requérants, non prévue par les textes. Il apparaît que la généralisation de cette pratique générerait d'importantes contraintes d'organisation dans les organismes, pour une valeur ajoutée non démontrée.

(4) Les contestations de droit constituent un recours pré-contentieux, préalable obligatoire à une saisie du TASS.

Le fonctionnement des commissions de recours amiable

Les contestations de droits

Près de 150 000 contestations de droits ont été examinées dans le régime général en 2008 et ont abouti à 43 000 décisions favorables.

Alors même qu'aucun texte n'autorise les CRA à déroger à l'application des textes, elles le font fréquemment, pour des motifs d'équité.

A titre d'exemple, l'allocation de rentrée scolaire est due pour les enfants âgés de moins de 18 ans au jour de la rentrée. Mais lorsque les CAF sont saisies d'une demande de dérogation, 1/3 d'entre elles appliquent la règle dans toute sa rigueur, un autre tiers n'accepte qu'une tolérance limitée de 10 jours, d'autres acceptent d'assouplir encore plus cette règle, une CAF ayant même accepté jusqu'à deux mois de « grâce ».

Cela aboutit à une situation contraire à l'équité recherchée.

Les remises de dettes

Ce type de décisions concerne principalement la branche famille, pour laquelle elles représentent l'essentiel de l'activité des CRA, qui traitent ainsi des dossiers souvent de très faible enjeu financier.

Sur le plan juridique, une condition nécessaire pour accorder une remise de dette réside dans la situation de précarité

du demandeur. L'interprétation de cette notion varie cependant fortement d'une caisse à l'autre, d'autant plus qu'il s'agit de décisions non susceptibles de recours devant les TASS.

Les divergences entre CAF portent sur les barèmes ainsi que sur la définition même du quotient familial, qui est le principal critère pour apprécier si la condition de précarité est remplie par le demandeur.

Dans ce contexte, les décisions rendues par les CRA pour un niveau de revenus et une situation familiale donnée peuvent être très variables d'une CAF à l'autre et souvent perdent de vue le lien avec la précarité. C'est ainsi que pour une famille avec trois enfants et un revenu mensuel de 4 000 € et un indû de 780 €, les CAF d'Angoulême et de Paris ont conclu à une remise totale alors que celle de Cergy-Pontoise a rejeté en totalité la demande.

Il apparaît donc nécessaire de rationaliser ce dispositif, d'une part en harmonisant les critères de décisions des CRA (barème et quotient familial), d'autre part en recentrant le travail des CRA sur les dossiers à fort enjeu, les autres pouvant faire l'objet de remises automatiques, sous réserves que soient réunies certaines conditions (précarité, bonne foi du demandeur, faiblesse du montant de l'indû).

Le fonctionnement des commissions de recours amiable

Recommandations

→ 32. Rappeler aux CRA l'exigence du respect de la réglementation à laquelle elles sont soumises.

→ 33. Dans les branches famille et maladie, réorienter vers les commissions d'action sanitaire et sociale les dossiers de contestations de droits posant des problèmes sociaux importants et ponctuels.

→ 34. Développer le rôle d'alerte des CRA dans la détection des problèmes d'interprétation et d'application du droit.

→ 35. Harmoniser les conditions d'exercice de la tutelle de l'Etat sur les décisions des CRA, afin de veiller au respect du droit.

→ 36. Confier au directeur les demandes de remises de dettes en deçà d'un certain seuil dans les branches prestataires, comme c'est déjà le cas dans l'activité de recouvrement pour les remises de majoration de retard.

→ 37. Fonder les remises de dette principalement sur le critère de précarité et, dans la branche famille, retenir un seul mode de calcul du quotient familial.

10 L'organisation de la protection sociale dans les IEG

La protection sociale dans les industries électriques et gazières (IEG) se caractérise par une organisation très complexe, certaines incohérences et des déséquilibres au détriment du régime général de sécurité sociale.

Une organisation manquant parfois de cohérence

Les prestations en nature maladie - maternité relèvent d'un régime spécial de sécurité sociale à deux étages :

- un régime de base, qui est le régime général ;
- un régime complémentaire propre aux IEG.

Le régime spécial est incohérent : il n'est pas unitaire (les règles de population et de cotisation de l'étage complémentaire diffèrent de celles de l'étage de base) ; pour une part, le régime complémentaire ne répond pas aux caractéristiques d'un régime de sécurité sociale.

En outre, l'organisation de la protection complémentaire dans le cadre d'un régime de sécurité sociale exonère les IEG des prélèvements sociaux applicables aux régimes d'entreprise ou de branche et impose l'existence d'une caisse de sécurité

sociale dédiée (la CAMIEG) et un partage complexe des tâches de gestion avec la CPAM des Hauts de Seine.

Dès lors, la protection complémentaire santé à caractère obligatoire devrait être organisée dans le cadre d'un accord collectif de branche et les garanties être souscrites auprès d'assureurs.

L'insuffisance des cotisations versées par les IEG au régime général

Les entreprises des IEG jouissent d'avantages injustifiés.

Les cotisations maladie

En application des textes, les entreprises des IEG acquittent les cotisations maladie - maternité et accidents du travail et la contribution solidarité autonomie sur la base d'une assiette dérogatoire injustifiée et, pour la maladie-maternité, d'un taux dérogatoire justifié dans son principe (les entreprises financent le maintien du salaire en cas de maladie), mais d'un niveau insuffisant.

L'organisation de la protection sociale dans les IEG

Pour 2008, la Cour évalue à 164 M€ l'avantage injustifié retiré par les entreprises des IEG à ce double titre.

Les cotisations famille

Sans texte, les entreprises des IEG appliquent l'assiette dérogatoire précitée aux cotisations famille à leur charge. En outre, les textes prévoient un taux dérogatoire.

Pour 2008, la Cour évalue à 54 M€ l'avantage injustifié qu'ont retiré les entreprises des IEG à ce double titre.

Par ailleurs, les cotisations famille ne sont pas contrôlées.

En définitive, la Cour constate que les allègements de cotisations dont bénéficient les entreprises des IEG n'ont pas de justification et entraînent une rupture d'égalité par rapport aux autres cotisants. Ils devraient être supprimés.

Les déséquilibres pour le régime général et le FSV induits par l'adossement du financement des retraites

Le dispositif d'adossement :

Afin de limiter les incidences de la norme comptable IAS 19 sur les fonds

propres des nouvelles sociétés anonymes EDF et Gaz de France (provisionnement des engagements de retraite) sans remettre en cause le niveau des droits sociaux, le financement des retraites du régime spécial des IEG a été adossé au 1er janvier 2005 au régime général et aux régimes complémentaires ARRCO et AGIRC.

Pour le régime général, une soulte compense en principe l'existence d'un rapport actifs/retraités plus défavorable dans les IEG.

En outre, le financement d'une partie des droits spécifiques aux IEG, acquis à fin 2004 (transport et distribution), est reporté sur les consommateurs par le biais de la contribution tarifaire sur les prestations d'acheminement de l'électricité et du gaz (CTA).

Les impacts négatifs sur le régime général :

Depuis 2005, l'adossement apporte chaque année une contribution négative aux résultats de la branche retraite du régime général. Fin 2009, cette contribution s'élève à

- 1,3 Md€ en cumul (dont
- 269 M€ pour 2009).

Cette situation diffère de celle des régimes ARRCO / AGIRC. Elle découle des choix opérés :

- La méthode actuarielle utilisée pour calculer la soulte a pris en compte la perspective de déficits futurs du régime général. Les déficits prévisionnels du régime général ont

L'organisation de la protection sociale dans les IEG

ainsi justifié une augmentation à la marge de ces mêmes déficits.

- Pour l'évaluation de la soulte, les paramètres retenus pour l'estimation des droits repris par le régime général ont comporté des erreurs, ce qui affecte la neutralité actuarielle de l'adossement.

- A ce jour, seuls 60 % de la soulte sont versés au régime général (par étalement sur 20 ans de 2005 à 2024).

Les autres

40 %, versés en 2005 par les IEG, ont été affectés au fonds de réserve pour les retraites (FRR) en vue d'engendrer des produits financiers (par nature aléatoires) et sont, de par la loi, indisponibles pour le régime général jusqu'en 2020.

Par ailleurs, afin de réduire le montant de la soulte, la charge des majorations pour enfants des IEG (49 M€ en 2009) a été reportée sur un tiers, le FSV, qui est lui-même partiellement refinancé par la CNAF. Or, le fondement juridique de l'intervention du FSV est insuffisant (un texte de loi aurait été nécessaire). En outre, la charge des majorations pour enfants des IEG concourt aux déficits du FSV et de la branche famille.

La Cour estime que l'impact négatif de l'adossement sur les résultats du régime général et du FSV devrait être couvert :

- par une anticipation, sans attendre 2020, du versement par le FRR des 40 % de la soulte à la branche retraite du régime général ;

- par une participation à due proportion des IEG au financement du

régime général, ce qui justifierait l'affectation par les IEG de ressources sup-plémentaires au régime général.

Afin de ne pas remettre en cause la déconsolidation partielle des engagements de retraite des comptes des entreprises des IEG, ces ressources devraient prendre la forme d'une imposition, comme la CTA, voire lui être intégrées.

Les perspectives d'augmentation de la CTA pour le consommateur

En raison de l'augmentation rapide des droits spécifiques aux IEG que finance la CTA, la caisse de retraite des IEG (CNIEG) connaît des déficits croissants.

De ce fait, la CTA va devoir être relevée, ce qui conduira à rendre encore plus visible pour le consommateur une partie du coût des spécificités du régime de retraite des IEG. Les facteurs explicatifs de la quasi-stagnation et de l'instabilité infra-annuelle du produit de la CTA devraient également être mieux cernés.

Le relèvement de la CTA ne saurait toutefois constituer qu'une mesure transitoire. Afin de rétablir durablement l'équilibre de la CNIEG, il convient d'envisager la réforme des avantages spécifiques du régime des IEG par rapport aux régimes de droit commun.

L'organisation de la protection sociale dans les IEG

Recommandations

→ 38. Confier aux CAF la gestion des prestations familiales et aux URSSAF le recouvrement des cotisations famille.

→ 39. Transformer le deuxième étage du régime spécial des prestations en nature d'assurance maladie en une protection complémentaire santé à caractère obligatoire dans le cadre de la branche des IEG.

→ 40. Asseoir sur l'assiette de droit commun du régime général l'ensemble des cotisations et contributions sociales dues par les IEG qui sont recouvrées par les URSSAF, ainsi que les cotisations famille.

→ 41. Fixer le taux des cotisations d'assurance maladie dues par les employeurs des IEG au niveau correspondant aux prestations en

nature du régime général et celui des cotisations famille au niveau de droit commun.

→ 42. Compenser l'impact négatif de l'adossement du financement des pensions de retraite des IEG sur le régime général et le FSV par un prélèvement sur la fraction de la soulté gérée par le FRR et par une participation à due proportion des IEG au redressement financier du régime général et du FSV.

→ 43. Fixer un cadre juridique incontestable à la prise en charge des majorations pour enfants par le FSV.

→ 44. Assurer l'équilibre financier de la CNIEG par une augmentation de ses ressources et par une réforme des droits spécifiques.

11 La situation financière des hôpitaux publics

L'importance des déficits et de l'endettement

Le total des déficits des hôpitaux publics soumis à la T2A a été voisin de 700 M€ en 2006 et 2008, avec dans l'intervalle une montée à 856 M€ en 2007. Le chiffre communiqué par la tutelle pour 2009 est de 673 M€, ce qui traduit une seconde année consécutive de baisse, mais après des ajustements comptables qui n'ont pas été contrôlés par les juridictions.

En 2008, les CHU-CHR, dont l'AP-HP, représentaient 60 % de ce déficit total. Les centres hospitaliers sont collectivement dans une situation moins mauvaise et en cours d'amélioration. Cependant 10 % d'entre eux concentrent près de la moitié du déficit de cette catégorie et certains ont connu ou connaissent encore des situations des plus critiques.

Encore les déficits sont-ils sous-évalués du fait des pratiques comptables des établissements. Comme l'a montré l'enquête de la Cour et des chambres régionales des comptes, sur 85 hôpitaux, les reports de charges d'un exercice sur l'autre n'ont pas disparu depuis la mise en place des états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) en

2006. Dans certains hôpitaux, ils augmentent même. D'autre part, les provisions sont insuffisantes ou soumises à des mouvements qui n'obéissent pas aux principes comptables. Sur l'échantillon étudié par les juridictions, les déficits de 2008 ont été artificiellement minorés d'un quart en moyenne. Les établissements réellement à l'équilibre sont ainsi moins nombreux qu'il n'apparaît officiellement. Au-delà des problèmes de fiabilité des comptes, il faut souligner que nombre d'établissements ne sont parvenus aux résultats affichés qu'après versement d'aides conjoncturelles par la tutelle.

Globalement la capacité des établissements à financer les investissements a décliné au cours d'une période justement marquée par d'importants programmes d'investissement. En résulte une forte augmentation de l'endettement, en plus de fréquents prélèvements sur les fonds de roulement. L'emprunt a également souvent été nécessaire pour financer l'exploitation, notamment dans les CHU. Au final, il n'est pas rare que le niveau d'endettement atteint interdise de nouveaux investissements pour plusieurs années.

La situation financière des hôpitaux publics

Les facteurs explicatifs

Les facteurs explicatifs sont pour partie nationaux. A partir de 2006, la mise sous tension des établissements par le passage à la tarification à l'activité (T2A) a fait office de révélateur des performances variables des établissements et conduit à afficher des déficits.

Enfin, la politique d'investissement a eu un effet aggravant sur les situations financières : insuffisamment sélective, elle a encouragé des dépenses dont le financement par endettement pèsera longtemps sur les hôpitaux, sans que ces investissements génèrent dans tous les cas des recettes supplémentaires. Au contraire, il n'est pas rare que les établissements cumulent lourdeur de l'endettement, absence de perspective d'augmentation de l'activité et de surcroît déficit hérité du passage de la dotation globale (sur-dotée) à la T2A.

Sans toujours atteindre ce cumul de handicaps, le constat d'effet de ciseaux entre évolution des charges et évolution des recettes est assez général. Cela n'implique pas nécessairement que l'activité stagne : de l'activité aux recettes, il y a le codage des actes, la facturation et le recouvrement, phases qui connaissent encore dans les hôpitaux de fréquents dysfonctionnements, pouvant générer de lourds

manques à gagner et des problèmes de trésorerie. Ces manques à gagner représentent souvent une part substantielle des déficits comptables.

Une réactivité insuffisante des établissements et de la tutelle

Face à des situations dégradées, les responsables ont souvent tardé à entreprendre les mesures de nature à mettre les établissements sur la voie d'un redressement réel. Même s'il est arrivé aux ARH d'alerter les établissements sans délai excessif, il s'en faut de beaucoup que les plans ou contrats de retour à l'équilibre aient été adaptés à la gravité de la situation financière des hôpitaux. Dans le même temps, la tutelle a dû accorder des aides conjoncturelles importantes, pas toujours assorties de contreparties structurelles. On ne peut dès lors à ce jour être assuré que le secteur sera capable de résorber ses déficits d'ici 2012.

La situation financière des hôpitaux publics

Recommandations

➔45. Poursuivre la mise en œuvre des recommandations des RALFSS 2008 et 2009 et notamment :

- conditionner l'attribution d'aides à la contractualisation à des actions de réorganisation interne et externe ;

- mieux intégrer les perspectives réelles d'activité dans la sélection des projets d'investissement éligibles au plan Hôpital 2012 ;

- homogénéiser les critères d'appréciation des retours sur investissement pour en généraliser l'usage.

➔46. Sans attendre la mise en œuvre de la certification des comptes, améliorer la fiabilité des résultats comptables des hôpitaux, en mettant un terme aux pratiques des reports de charges et en imposant des normes réalistes en terme de provisionnement.

➔47. Rendre plus performants les systèmes d'information internes pour faciliter le codage et la facturation en temps réel.

➔48. Renforcer le suivi exercé par les agences régionales de santé sur la situation financière et l'exécution des CREF / PREF des établissements de leur ressort.

12 Les équipements lourds d'imagerie médicale

Le développement des appareils d'imagerie médicale en coupe⁽⁵⁾ sur les trois dernières décennies a bouleversé l'organisation de la radiologie, ses procédés d'interprétation et les modalités de prise en charge des patients.

Une prise en charge insatisfaisante des patients

Les appareils d'imagerie en coupe sont soumis à un régime d'autorisation déconcentrée au niveau régional qui a permis de développer en cinq ans le nombre total d'appareils autorisés de 30 % pour les scanners, de 45 % pour les IRM et de 61 % pour les TEP, tout en limitant à 2,9% sur 2007 comme sur 2008, l'augmentation du montant des actes remboursés d'imagerie médicale. Mais la répartition et les modalités de fonctionnement de ces appareils n'ont pas répondu de manière satisfaisante aux attentes sanitaires.

Des écarts d'utilisation très importants sont observés d'un appareil à l'autre, le nombre d'actes réalisés pouvant varier du simple au triple.

Il n'existe de plus aucune évaluation qualitative de la politique d'équipement en imagerie médicale. Alors que le

régime des autorisations devrait garantir l'accessibilité des patients aux examens, l'insuffisance de la réflexion sur l'organisation de l'accès aux soins, conduit à une prise en charge insatisfaisante des patients atteints de pathologies pourtant définies comme priorités de santé publique.

Le plan cancer 2003-2009 fixait l'objectif de délai d'accès à l'IRM à 15 jours pour les patients concernés. En 2009, les temps d'attente restent deux fois supérieurs à cet objectif.

Les objectifs régionaux d'installation ne sont pas toujours le reflet de la situation sanitaire de la population malgré les préconisations du plan cancer. Les trois régions où la mortalité par cancer était la plus élevée avaient déterminé en 2006 des objectifs d'équipement en IRM inférieurs à la moyenne nationale. Au contraire, les deux régions où la mortalité par cancer était la plus faible avaient défini des objectifs largement au-dessus.

En cas d'accident vasculaire cérébral (AVC), si la quasi-totalité des patients peuvent faire l'objet d'une exploration par imagerie aux urgences, 94 % ont un scanner, 2 % seulement un IRM. Or, seul l'IRM permet d'établir clairement la nature d'un AVC et d'administrer le traitement en toute sécurité pour le patient.

(5) Scanners, appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et appareils de scintigraphie (gamma caméras et tomographes à émission de positons (TEP)).

Les équipements lourds d'imagerie médicale

Des tarifs trop élevés

La tarification des examens réalisés pour des patients ambulatoires au moyen des scanners, des IRM et des TEP comporte deux volets, d'une part, un forfait technique et, d'autre part, des honoraires.

Sur le seul versement des forfaits techniques, un appareil d'IRM dégage une marge additionnelle de 16 à 20 % par rapport à son coût de fonctionnement. Le barème de rémunération prévu par la réglementation coûte ainsi indûment 70 M€ par an à l'assurance maladie.

En complément des forfaits techniques, les radiologues perçoivent des honoraires qui s'élèvent pour un IRM à 69 €, quelle que soit la durée de l'examen ou la gravité de la pathologie explorée. Ceci conduit les radiologues à percevoir en moyenne pour les actes d'IRM sous forme d'honoraires et de marges dégagées sur les forfaits techniques, plus de 280 € à l'heure, niveau anormalement coûteux pour la collectivité et inéquitable vis à vis des autres spécialités.

Une prise en compte insuffisante des évolutions technologiques

Le développement des technologies nouvelles n'a pas pour autant supprimé

la pratique fréquente d'actes pourtant déclarés obsolètes par le guide de bonnes pratiques depuis 2005 et plus récemment par la HAS, comme les radiographies standards du crâne, du thorax et de l'abdomen. La tarification mériterait donc d'être examinée sous un prisme médical. Des actes inutiles et même nocifs pour les patients exposés aux rayonnements, ne devraient plus être pris en charge.

Une organisation à repenser

Le dispositif de tarification rend l'acte d'imagerie en coupe si onéreux pour la collectivité (212 € pour un IRM) qu'il a induit une crainte de voir le parc des IRM s'étendre et les dépenses de radiologie déraiper. La tarification, en générant des rentes indues et en ne décourageant pas les pratiques inadéquates, n'assure pas son rôle de régulation.

Il faudrait en conséquence créer des outils de pilotage aux niveaux régional et national, pour que la politique d'équipement puisse répondre aux principaux objectifs qui lui sont assignés, en particulier ceux relatifs à la prise en charge des patients dans le cadre des grandes priorités de santé publique.

Les équipements lourds d'imagerie médicale

Recommandations

→ 49. Faire évoluer la tarification :

- en appliquant des forfaits techniques qui correspondent aux coûts d'investissement et de fonctionnement des appareils ;
- en ajustant les honoraires par acte en fonction du volume de travail médical produit ;
- en supprimant la prise en charge des actes non justifiés médicale-ment.

→ 50. Assurer au sein de la DGOS une veille technologique et les arbitrages nécessaires en vue de préciser et de mettre à jour à intervalles réguliers les grands axes de la politique d'imagerie afin d'orienter et de coordonner les déclinaisons régionale de la mise en œuvre de cette politique..

13 Les soins dentaires

Par rapport aux enjeux de santé publique, les soins dentaires ne constituent pas une réelle priorité pour les pouvoirs publics et la CNAMTS.

Une politique sanitaire peu affirmée

Alors que le nombre de chirurgiens-dentistes, de l'ordre de 41 000 en 2010, devrait diminuer de près du tiers d'ici 2030, les pouvoirs publics n'ont pas pris la mesure du défi démographique (notamment des risques de désertification des zones rurales ou défavorisées) en mettant en place des dispositifs adaptés. Il pourrait être envisagé notamment d'élargir le champ d'activité des assistant(e)s dentaires, notamment à des tâches de suivi bucco-dentaire dans les institutions (écoles, maisons de retraites, établissements pénitentiaires...), où les besoins sont souvent criants.

En matière de prévention, le plan « M³T Dents », depuis 2007, marque un début de prise de conscience. Il reste que la méthode retenue, l'invitation faite à tous les enfants (de certains âges) à un examen bucco-dentaire gratuit chez un professionnel, ne permet pas d'espérer

un taux de participation sensiblement supérieur à 50 %. Il ne garantit pas non plus que les enfants et les jeunes qui en ont le plus besoin reçoivent les soins appropriés.

Un secteur mal suivi

La classification commune des actes médicaux (CCAM), indispensable à une bonne prise en compte de l'évolution des techniques, tarde à être mise en œuvre dans le domaine des soins dentaires. De ce fait, une nomenclature obsolète continue de s'appliquer. Dès lors, les actes dits « hors nomenclature », c'est-à-dire non remboursables dans le domaine de la parodontie et de l'implantologie, soit la composante la plus novatrice, la plus dynamique et la plus coûteuse, ne font l'objet d'aucun suivi. Il en découle notamment une sous-évaluation manifeste du montant total des consommations de soins dentaires. Par ailleurs, cette situation entraîne des suspicions quant au paiement effectif des cotisations d'assurance-maladie dues au titre des revenus tirés de ces actes, ces revenus pouvant échapper à toute cotisation ou bénéficiant de manière indue d'une prise en charge partielle par l'assurance-maladie.

(6) Les implants dentaires, vis en titane soudés à l'os, s'imposent de plus en plus car ils permettent d'épargner les dents adjacentes, contrairement aux bridges.

Des dépenses de moins en moins bien remboursées

La sécurité sociale ne prend plus à sa charge que le tiers (34 %) des plus de 9 Md€ de dépenses de soins dentaires (contre plus de la moitié en 1980) et, en particulier, seulement 18 % des soins prothétiques, qui sont les plus coûteux. Ce désengagement financier de l'assurance maladie, s'explique principalement par la stagnation des tarifs de responsabilité qui servent de base au remboursement. Ces derniers sont de plus en plus déconnectés des prix réels des soins orthodontiques et prothétiques. Pour ces soins, les dépassements de tarifs (4 Md€), qui ne sont aucunement réglementés, atteignent aujourd'hui près de la moitié des honoraires. Il faudrait y ajouter les actes « hors nomenclature », évoqués précédemment, qui ne donnent droit à aucun remboursement par l'assurance maladie (1 Md€ en estimation très approximative). La dernière convention dentaire a revalorisé les soins conservateurs (à tarifs opposables) au profit des praticiens, sans contrepartie réelle en matière de modération des prix des soins prothétiques, les derniers tarifs opposables en la matière étant même supprimés.

Le financement de ces dépenses repose donc de plus en plus sur les organismes complémentaires, sans

partage clair des tâches avec l'assurance-maladie obligatoire. A tout le moins, il conviendrait de lever les obstacles juridiques qui empêchent ces organismes de jouer le rôle d'acheteur de soins « intelligent ». Il s'agit, en particulier, de favoriser le développement, sous leur égide, de réseaux de professionnels respectant des protocoles qui comportent des garanties quant aux niveaux de prix et de qualité.

En ce qui concerne les prothèses dentaires, le développement des importations induit un phénomène de rente estimé à 160 M€ profitant de manière très inégale aux professionnels de santé concernés. L'obligation d'informer le patient du prix d'achat de la prothèse, prévue par la loi « HPST » de 2009, devrait contribuer à un certain rééquilibrage des relations entre les assurés et les praticiens, à une plus grande transparence et à une intensification de la concurrence, sous réserve d'une mise en œuvre effective.

D'où des inégalités importantes dans l'accès aux soins

La faiblesse de la prise en charge par la sécurité sociale explique que les problèmes dentaires représentent à eux seuls plus de la moitié de tous les cas de renoncements à des soins pour des raisons financières. Ces difficultés se concentrent dans une grande mesure sur

les personnes les moins favorisées, quand elles ne sont pas bénéficiaires de la CMUC (laquelle donne droit à un panier de soins à tarifs opposables et entièrement pris en charge en tiers payant), mais qu'elles disposent de revenus un peu supérieurs au plafond de ressources correspondant. En effet, l'aide complémentaire santé (ACS), qui leur est destinée, ne profite encore qu'à une minorité des personnes éligibles et

ne donne pas droit au même panier de soins à tarifs opposables. Par ailleurs, des études par testing ont révélé des cas fréquents de refus de soins injustifiés à l'encontre des bénéficiaires de la CMUC, de sorte que leur situation n'apparaît pas non plus satisfaisante.

Recommandations

→ 51. Prévenir les difficultés aujourd'hui prévisibles de répartition de l'offre en s'inspirant des dispositifs mis en place pour d'autres professions de santé.

→ 52. Elargir le rôle des assistant(e)s dentaires et optimiser l'usage des cabinets dentaires des caisses d'assurance maladie.

→ 53. Mettre en place un examen de prévention avec les moyens adaptés dans les établissements scolaires.

→ 54. Inclure dans le SNIR la totalité des actes hors nomenclature.

→ 55. Mettre en place un dispositif apportant des informations fiables sur le nombre de prothèses importées et posées ainsi que sur la répartition des marges et de la valeur ajoutée au sein de cette filière.

→ 56. Simplifier la réglementation en matière de cotisations d'assurance maladie des chirurgiens-dentistes en élargissant leur assiette au titre du régime des PAMC à l'ensemble de leurs revenus libéraux.

→ 57. A terme, mettre en œuvre la CCAM après une évaluation précise de son impact financier, en veillant à la neutralité financière de cette mesure.

→ 58. Modifier le code de la mutualité pour rendre possible la différenciation des remboursements par les organismes complémentaires selon que les professionnels consultés font partie ou non des réseaux qu'ils promeuvent.

14 Décotes et surcotes dans les pensions de retraite

Décotes et surcotes sont des coefficients intervenant dans la formule de calcul des pensions de retraite. Ils ont respectivement pour effet de diminuer le montant d'une pension de retraite ou de l'augmenter, en fonction -essentiellement- de critères de durée d'assurance. La Cour a examiné ces deux dispositifs, qui traduisent l'objectif de garantir le libre-choix du moment du départ à la retraite et sont emblématiques du souci de rapprocher les règles applicables dans les différents régimes.

Une réglementation changeante

Les conditions d'évolution de la réglementation

Avant 2004, les barèmes de liquidation des pensions se caractérisaient dans le régime général par la forte pénalisation des départs avant l'obtention du taux plein (mais pas dans les régimes de fonctionnaires, où n'existait aucune décote). De plus, dans tous les régimes ils se singularisaient par rapport aux pays étrangers par la faible valorisation pour la retraite des périodes accomplies après l'obtention du taux plein.

L'objectif de « libre-choix » du départ en retraite a motivé la réforme

des décotes dans le régime général, leur institution dans les régimes de fonctionnaires et la création de surcotes dans tous les régimes, par la loi du 21 août 2003 et des textes ultérieurs. La surcote a depuis plusieurs fois été réformée, afin d'être mise au service d'une politique consistant à inciter à la prolongation de l'activité professionnelle des seniors.

A ce sujet, la Cour observe que les délais nécessaires à l'évaluation des réformes décidées n'ont pas été respectés, alors même que n'existaient pas de données de référence. Les réformes se sont ainsi multipliées, alors que les effets de la création de surcotes demeuraient mal connus.

Les assurés concernés

La proportion d'assurés liquidant avec décote varie beaucoup selon les régimes, même si, de manière générale, les assurés touchés par la décote sont beaucoup plus fréquemment des femmes que des hommes. Sur longue période, celle-ci est cependant remarquablement stable, alors même que les références utilisées pour l'application des décotes se sont beaucoup assouplies depuis 1982.

Depuis 2003, la part d'assurés liquidant avec surcote n'a cessé d'augmenter, ainsi que le gain moyen résultant de l'application d'une surcote. En 2009, la surcote bénéficiait à 35 % des nouveaux retraités de l'année de la

Décotes et surcotes dans les pensions de retraite

fonction publique, pour une majoration de pension d'un peu plus de 150 € par mois. Dans le régime général, étaient concernés 13 % environ des nouveaux pensionnés, pour près de 45 € de majoration mensuelle moyenne de la pension.

Dans les deux régimes, la surcote bénéficie plus de trois fois plus souvent que la moyenne aux 10 % d'individus disposant des traitements de référence les plus élevés pour le calcul de leur pension.

Des barèmes effectivement "neutres"

De manière à ce que le choix du départ en retraite soit libre, le barème de liquidation des pensions doit être « neutre ».

En l'absence de travaux disponibles, la Cour a procédé à une étude actuarielle des barèmes de décote et de surcote, concluant à ce qu'en moyenne, ceux-ci sont conformes à un principe de neutralité actuarielle à la marge. Elle a également établi que la relativité de cette notion justifierait que de tels travaux soient conduits de manière périodique.

Une articulation perfectible avec d'autres aspects de la réglementation

Décotes et surcotes peuvent être neutralisées

Différents mécanismes (obligations de partir en retraite, minimas de pension...) limitent les effets des surcotes, tandis que l'espace d'application des décotes se voit restreint par de nombreux aspects de la réglementation, notamment les dispositifs de complétion de carrière ou les effets, pour la validation de périodes de durée d'assurance, du bénéfice de certaines préretraites ou de l'indemnisation des chômeurs âgés.

L'articulation problématique de la surcote avec d'autres dispositifs

La retraite progressive et le cumul emploi-retraite, eux aussi réformés en 2003 puis à nouveau par la suite relèvent également des objectifs de libre-choix et de prolongation de l'activité des seniors. La Cour a analysé le coût comparé de ces dispositifs pour les régimes sur le long terme, mettant en évidence le fait que la surcote est le moins coûteux d'entre eux. Au final, apparaît ainsi une certaine concurrence entre ces

Décotes et surcotes dans les pensions de retraite

dispositifs, dont l'articulation ne semble pas avoir été spécialement étudiée par l'administration, avant les réformes récentes de 2009.

Fonctionnaires et salariés : une harmonisation inachevée

Entre ces régimes, des différences sont inévitables, en raison de leur nature distincte d'une part et des caractéristiques spécifiques des carrières d'autre part.

Mais la grande progressivité de mise en œuvre des réformes affectant les fonctionnaires (à l'exception notable du bénéfice de la surcote) ainsi que certaines règles spéciales et favorables, applicables aux parents de trois enfants, aux fonctionnaires de catégorie active et aux militaires, ou encore l'absence de surcote dans les régimes complémentaires des salariés ont eu pour effet que les évolutions intervenues ont dans l'ensemble relativement plus profité aux fonctionnaires qu'aux autres retraités.

Des effets incitatifs limités et non dépourvus d'effets d'aubaine

Réels, les effets incitatifs au report du départ en retraite des surcotes apparaissent toutefois limités (deux mois, en moyenne). Sont en cause

d'autres déterminants de la décision de partir en retraite, ainsi qu'un niveau d'information encore largement perfectible.

Par ailleurs, l'institution de surcotes a produit des effets d'aubaine significatifs, en ce qu'elle a eu pour effet de majorer les pensions versées à des assurés n'ayant pour autant aucunement modifié leur comportement. Une telle situation concerne l'essentiel des premiers flux de bénéficiaires de la surcote et un peu moins de la moitié des actuels bénéficiaires.

Un impératif de stabilisation des règles

A l'avenir, vu les évolutions des durées d'assurance validées par les assurés et les réformes projetées, l'application des décotes devrait devenir un enjeu central, plus, sans doute, que le bénéfice des surcotes, dont les flux sont appelés à se réduire.

La réforme des décotes et la création de surcotes aura ainsi contribué à enrichir le système existant et permis d'approcher de manière satisfaisante l'objectif de libre choix du départ en retraite, au prix de la réalisation d'effets d'aubaine significatifs et d'un coût certain pour les régimes.

Mais dans l'immédiat, la Cour recommande avant tout de stabiliser les règles, pour permettre aux assurés la

Décotes et surcotes dans les pensions de retraite

meilleure appréhension possible de ces dispositifs et à l'administration de mieux en connaître les effets, notamment dans une perspective comparée avec d'autres mécanismes, tel que le cumul emploi-retraite.

Toutefois, l'atteinte de ces objectifs ne résout en rien la problématique de financement des régimes de retraites : l'intervention d'autres réformes est donc inéluctable.

Recommandations

→ 59. Stabiliser la réglementation applicable aux décotes et surcotes.

→ 60. Réviser les indicateurs afférents aux décotes et surcotes dans les programmes de qualité et d'efficacité « retraites » annexés aux PLFSS.

→ 61. Instaurer un principe de revue actuarielle périodique des barèmes de décote et surcote.

→ 62. Pour les régimes de fonctionnaires :

- retenir, pour l'application de la décote, les seuls trimestres entiers validés ;

- réexaminer les règles régissant l'octroi de bonifications admissibles en liquidation ;

- réformer les modalités d'articulation entre application de la surcote et bénéfice du minimum garanti une fois

abouti le processus de rapprochement des règles d'attribution du minimum garanti avec celles prévalant pour le minimum contributif.

→ 63. Elargir l'espace d'application de la décote, en modifiant les modalités de prise en compte de périodes de pré-retraite ou de chômage non-indemnisé après 55 ans au titre de périodes assimilées.

→ 64. Dès que les données seront disponibles, établir un bilan rigoureux de la réforme du cumul emploi-retraite, en l'analysant au regard des autres dispositifs visant à la prolongation de l'activité professionnelle.

15 L'invalidité et l'inaptitude dans le régime général

L'invalidité dans le régime général - qui s'apparente à une cessation anticipée d'activité pour cause de maladie ou d'accident et donne lieu au versement d'une pension d'invalidité avant 60 ans⁽⁷⁾ - et l'inaptitude au travail dans le cadre de la retraite - qui permet de partir à 60 ans au taux plein quelle que soit la durée d'assurance - sont deux dispositifs anciens.

Devenus inadaptés au fil du temps ils nécessitent à court terme de profondes réformes.

Des prestations complexes et mal connues

L'assurance invalidité

Le montant de la pension d'invalidité varie en fonction de la réduction observée de la capacité de travail et du salaire annuel moyen des dix meilleures années. Dans le cas où l'assuré est incapable d'exercer une quelconque activité et qu'il est dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance

d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, s'ajoute à la pension la majoration pour tierce personne (MTP) d'un montant mensuel de 1 038 €. La pension d'invalidité moyenne versée aux 589 000 bénéficiaires du régime général s'élève en 2008 à 589 € par mois. La substitution d'une pension de retraite à la pension pour invalidité se fait automatiquement à 60 ans, sauf si l'invalidé exerce une activité.

En 2008, les dépenses d'invalidité tous régimes peuvent être estimées à environ 6 Md€ dont 4,4 Md€ pour le régime général. En incluant les dépenses des mutuelles et institutions de prévoyance, le total s'élève à environ 7,5 Md€.

Dans plus de 95 % des cas, l'invalidité concerne un assuré social en arrêt de travail depuis deux ans en moyenne. Le passage en invalidité intervient dès la stabilisation de la situation de santé de l'assuré, en moyenne à 50 ans en 2009. Par ailleurs, 15 % des pensionnés d'invalidité bénéficient du « minimum invalidité » : l'allocation spéciale d'invalidité (ASI).

L'invalidité repose sur une architecture vieille de plus de 65 ans qui

(7) Le projet de loi portant réforme des retraites prévoit le relèvement de l'âge d'ouverture du droit à la retraite pour inaptitude à 62 ans et corollairement le versement d'une pension d'invalidité avant 62 ans au lieu de 60 ans.

L'invalidité et l'inaptitude dans le régime général

n'a fait l'objet que de rares modifications, sans réflexion sur sa cohérence d'ensemble. L'absence de dispositif d'intéressement et d'accompagnement au retour à l'emploi, ainsi que le manque d'articulation avec la politique du handicap posent un véritable problème.

L'inaptitude

La définition de l'inaptitude, dont le régime est inchangé depuis près de 40 ans, laisse une large place à l'interprétation et les objectifs qu'elle remplit aujourd'hui demeurent imprécis.

L'assuré reconnu inapte au travail bénéficie d'une pension au taux plein dès 60 ans, même s'il ne justifie pas de la durée d'assurance requise. Peut être reconnu inapte au travail, l'assuré qui n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé et qui se trouve définitivement atteint d'une incapacité de travail de 50 %.

Pour bénéficier de ce dispositif, les assurés doivent formuler une demande et leur dossier est examiné par un médecin conseil. En 2008, 72 000 avis d'inaptitude ont été rendus par les médecins conseil.

Le surcoût de l'inaptitude par rapport à une liquidation dans des

conditions normales peut être évalué à environ 2 Md€.

Des dispositifs devenus inadaptés

La pension d'invalidité présente des caractéristiques moins favorables que l'allocation adulte handicapé (AAH), notamment pour les plus démunis. Les modalités d'appréciation des ressources créent ainsi des inégalités entre bénéficiaires de l'AAH et de l'ASI.

Connue de longue date, cette situation avait conduit la Cour à recommander la fusion de l'ASI et de l'AAH. L'option opposée a toutefois été retenue. La LFSS pour 2009 a en effet déconnecté la revalorisation de l'ASI de celle de l'AAH, laquelle doit augmenter de 25 % en l'espace de cinq ans.

Ainsi, un nombre croissant d'invalides devrait être conduit à demander une AAH différentielle. Cela nécessite de leur part une démarche supplémentaire auprès de deux interlocuteurs différents (maison départementale pour les personnes handicapées et CAF), venant s'ajouter au réseau de l'assurance maladie servant la pension d'invalidité.

Par ailleurs, selon les textes, les invalides doivent être absolument

(8) Selon la DREES et sous certaines hypothèses.

L'invalidité et l'inaptitude dans le régime général

incapables de travailler, mais la réglementation n'interdit pas le cumul avec un revenu d'activité dans la limite du revenu antérieur.

Très peu encadrés, l'invalidité et l'inaptitude entraînent des pratiques particulièrement hétérogènes des médecins conseil, ne donnant pas l'assurance que l'égalité de traitement soit assurée sur le territoire, certains médecins ayant une vision plus sociale que d'autres de leur pratique.

Ainsi en ce qui concerne l'invalidité, les écarts observés entre régions vont de 1 à 2 en métropole. Pour l'inaptitude, les écarts sont de 1 à 3.

Au total, le système est d'une grande complexité, la coordination entre les acteurs est insuffisante et l'accès au droit n'est pas toujours assuré. De plus, la couverture complémentaire n'étant obligatoire que pour les cadres, les personnes les moins bien protégées sont aussi celles qui statistiquement en auraient le plus besoin.

La nécessité de réformes profondes

En réponse à ces constats sévères, la Cour estime qu'une réforme ambitieuse est nécessaire en matière d'invalidité. Elle consisterait à évaluer l'invalidité et le handicap à partir d'un seul référentiel, à mettre en œuvre un dispositif commun d'intéressement et d'accompagnement du retour à l'emploi, à fusionner minimum invalidité et AAH et à mettre fin aux nouvelles attributions

de majorations pour tierce personne, au profit de la PCH.

Concernant l'inaptitude dans le cadre de la retraite, outre la suppression de la prime à la non activité résultant de la réglementation actuelle, il pourrait être envisagé d'introduire la notion de pénibilité des activités exercées dans la définition de

l'inaptitude. L'institution d'une nouvelle voie de départ en retraite au taux plein par le projet de loi sur les retraites ne suffit en effet pas à épuiser le sujet de la pénibilité. Elle rend plus nécessaire encore la redéfinition des objectifs de l'inaptitude dans le cadre de la retraite, l'articulation entre ces deux dispositifs méritant d'être précisée

L'invalidité et l'inaptitude dans le régime général

Recommandations

- ➔65. Evaluer l'invalidité et le handicap à partir d'un référentiel commun.
- ➔66. Fusionner l'AAH et l'ASI.
- ➔67. Modifier la définition de l'invalidité pour la rendre plus incitative au retour vers l'emploi et étendre aux invalides le dispositif d'intéressement et d'accompagnement prévu pour les handicapés.
- ➔68. Mettre un terme aux nouvelles attributions de majorations pour tierce personne pour l'invalidité comme pour l'inaptitude.
- ➔69. Encadrer les pratiques des médecins conseil pour garantir l'égalité de traitement sur le territoire dans la reconnaissance de l'invalidité et de l'inaptitude.
- ➔70. Aligner sur le régime des ALD le dispositif d'exonération du ticket modérateur des bénéficiaires d'une pension d'invalidité.
- ➔71. Redéfinir les objectifs et la définition de la retraite pour inaptitude en intégrant la notion de pénibilité des activités exercées.

16 Les aides publiques apportées aux familles monoparentales

Des aides publiques spécifiques bénéficient aux familles monoparentales (1,76 million en 2005), soit pour accroître leur revenu, soit pour faciliter leur insertion sur le marché du travail.

Des difficultés particulières

En raison notamment d'un accès plus difficile à l'emploi, ces familles connaissent un taux de pauvreté plus élevé. En effet, leur revenu initial par unité de consommation, avant transferts, est très inférieur à celui des couples avec enfants à charge : le niveau de vie d'un célibataire avec un enfant ne représente que 60 % du niveau de vie d'un couple avec un enfant.

Les familles monoparentales sont donc les premières bénéficiaires des transferts fiscaux et sociaux (essentiellement des minima sociaux et des aides au logement).

Malgré ces transferts, le revenu médian par unité de consommation reste inférieur à celui des couples avec enfants : leur niveau de vie final atteint

68 % de celui d'un couple avec un enfant.

Des aides non ciblées sur les familles les plus défavorisées

Trois mesures fiscales principales concernent les familles monoparentales :

- la demi-part supplémentaire accordée aux parents isolés ;
- le maintien du quotient conjugal pour les contribuables veufs ayant un ou plusieurs enfants à charge,
- la demi-part supplémentaire pour les contribuables vivant effectivement seuls ayant eu un ou plusieurs enfants à charge⁽⁹⁾.

L'incidence de ces dispositifs peut être significative. A titre d'exemple, le coût de la dépense fiscale relative à la demi-part supplémentaire est évalué à 415 M€ et le quart de cette dépense profite à 10 % des bénéficiaires dont le

(9) Cet avantage a été recentré en 2009 sur les seuls contribuables ayant supporté seuls, à titre exclusif ou principal, la charge d'un enfant pendant au moins cinq années

Les aides publiques apportées aux familles monoparentales

revenu fiscal de référence est supérieur à 47 000 € par an.

Par construction, ces avantages ne peuvent profiter aux familles monoparentales les plus modestes. Ces aides devraient donc être au moins en partie redéployées.

Les aides destinées à compenser le non paiement des pensions alimentaires

Une allocation de soutien familial (ASF) peut être versée par la CAF, lorsqu'un enfant est orphelin de père et/ou de mère, lorsque l'enfant n'est pas reconnu par l'un de ses parents ou encore lorsque le parent non gardien est hors d'état de verser une pension alimentaire (ASF dite non recouvrable). Elle peut également être versée comme avance sur pension alimentaire, dans le cas où le parent non gardien ne s'acquitte pas du paiement de cette pension (ASF dite recouvrable).

Les dépenses d'ASF ont atteint près de 1,2 Md€ en 2008. La quasi-totalité (96,9 %) de cette dépense est constituée de l'ASF non-recouvrable.

Or, l'appréciation de ces situations est délicate et les CAF disposent de peu d'outils : les définitions de cette notion sont imprécises et chaque CAF est amenée à établir sa propre doctrine et à préciser les pièces justificatives

nécessaires, ce qui génère une inégalité de traitement entre allocataires.

Une réforme de l'ASF s'impose. La création d'une ASF véritablement différentielle, destinée à compléter les petites pensions alimentaires jusqu'au montant de l'ASF, pourrait être expérimentée. Actuellement, une pension d'un montant inférieur à l'ASF régulièrement acquittée n'ouvre pas droit à l'ASF, alors que le bénéficiaire de la même pension dont le débiteur serait défaillant percevrait l'intégralité de l'allocation. Cette situation, inéquitable, produit des effets pervers, puisqu'elle incite le parent débiteur à ne pas s'acquitter de son obligation, afin que le parent gardien perçoive l'ASF.

L'allocation de parent isolé

Intégrée au RSA en métropole depuis le 1er juin 2009, mais maintenue en l'état dans les départements d'outre-mer, l'API est une prestation familiale versée par la branche famille, à la charge de l'Etat.

Elle est de durée variable (jusqu'à trois ans pour l'API longue et au maximum un an pour l'API courte), selon la situation familiale du bénéficiaire qui est tenu de faire valoir prioritairement ses droits aux créances d'aliments ainsi qu'à l'ensemble des autres prestations sociales auxquelles il a droit, y compris l'ASF (ce principe de subsidiarité reste applicable au RSA).

Les aides publiques apportées aux familles monoparentales

L'instauration de la subsidiarité API/ASF a entraîné la suspension du versement de l'API à près de 56 000 bénéficiaires qui n'avaient pas engagé les démarches requises. Cette mesure a généré en 2008 une économie nette de 79 M€.

Le RSA

Depuis le 1er juin 2009, le revenu de solidarité active est versé, en métropole, aux personnes de plus de 25 ans, sans activité ou qui perçoivent de faibles revenus professionnels. Il comprend deux éléments :

- le RSA « de base » ou « RSA socle », financé par les départements, est un revenu minimum garanti ;

- le RSA « activité » ou « RSA chapeau », pris en charge par l'Etat, permet aux personnes exerçant ou reprenant une activité professionnelle de cumuler l'allocation avec leurs revenus du travail (dans une limite fixée à 62 % du salaire).

Les premiers travaux mesurant l'impact du RSA socle sur les familles monoparentales mon-trent qu'à revenu égal le montant du RSA socle maximal est plus élevé pour les couples que pour les parents isolés, mais il est aussi d'autant plus faible que le nombre d'enfants à charge est élevé.

L'accès à l'emploi des familles monoparentales

La lutte contre la pauvreté des familles monoparentales nécessite d'abord d'accroître leur revenu initial, notamment en facilitant leur insertion sur le marché du travail.

Or, qu'elles soient financières ou non, les aides attribuées à cette fin sont limitées et mal adaptées.

Ainsi, les gains à la reprise d'un emploi générés par le RSA sont moindres pour les familles monoparentales que pour les couples.

Mais les obstacles non financiers sont également nombreux : le mode de garde des enfants, (évoquée dans 60 % des cas), l'absence (44 %), le coût des transports (34 %) ou le défaut de qualification et de formation professionnelle.

Le volet monétaire du RSA est supposé remédier à une partie de ces difficultés en renforçant l'accompagnement des bénéficiaires.

L'allocation personnalisée de retour à l'emploi (APRE), a notamment été créée en vue de lever les obstacles à la reprise d'emploi en contribuant à la prise en charge d'une partie des coûts qui lui sont associés : mobilité, garde d'enfant, permis de conduire, etc...

Mais dans un contexte économique dégradé, les dispositifs mis en place en même temps que le RSA risquent de s'avérer insuffisants.

Les aides publiques apportées aux familles monoparentales

Recommandations

→72. Evaluer les dépenses fiscales bénéficiant aux parents isolés, dans la perspective d'une réorientation des dispositifs vers les familles les plus défavorisées. Dans l'immédiat, limiter ces dépenses pour les familles aisées.

→73. Engager une politique volontariste destinée à lever les obstacles non financiers à la reprise d'un emploi, notamment en développant une offre de garde accessible financièrement en direction des familles monoparentales défavorisées.

→74. Développer le suivi des pensions alimentaires fixées par les tribunaux.

→75. Engager une réforme de l'ASF afin notamment de définir plus précisément la notion de « hors d'état » et d'expérimenter une ASF différentielle pour les petites pensions.

17 Aspects internationaux de la sécurité sociale

La Cour a étudié les conditions dans lesquelles sont gérées les prestations de sécurité sociale pour les personnes qui se déplacent à divers titres d'un pays à l'autre.

Les populations concernées

Les personnes (touristes ou étudiants) séjournant temporairement dans un pays de l'espace économique européen autre que le leur ou en Suisse, peuvent s'y faire soigner aux frais de leur régime d'assurance maladie, en cas de maladie inopinée. Cette prise en charge est également possible pour des soins délivrés pour des raisons médicales dans un de ces pays, avec l'accord préalable de la caisse qui les assure. Le « tourisme médical », à la seule initiative de l'assuré, reste cependant encore marginal. Le remboursement des soins délivrés s'effectuera alors au retour, sur présentation des factures acquittées et dans la limite des tarifs prévus par les régimes français.

Par ailleurs, afin d'éviter que les migrations économiques privent les salariés, une fois repartis dans leur pays d'origine, des droits acquis dans les pays où ils ont travaillé, les conventions internationales de sécurité sociale ont

prévu des aménagements au principe de territorialité.

Les Français expatriés résidant à l'étranger peuvent s'affilier à la caisse des Français de l'étranger (CFE) pour les risques maladie-maternité, accidents du travail et vieillesse, ce qui leur garantit notamment une continuité de couverture sociale avec le régime obligatoire français.

Les frontaliers (qui reviennent au moins une fois par semaine en France) sont rattachés au régime du pays d'emploi mais peuvent également se faire soigner dans leur pays de résidence.

Les Français séjournant à l'étranger pour des raisons professionnelles et une durée limitée, peuvent être placés sous le régime du détachement, qui les maintient dans le régime français.

Les institutions compétentes

Outres les caisses de sécurité sociale, deux organismes sont chargés de la gestion des prestations (la caisse des Français de l'étranger -CFE- et le centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale -CLEISS-).

Les différentes branches du régime général ont spécialisé des caisses de leurs réseaux dans le traitement de ces flux

Aspects internationaux de la sécurité sociale

dans un souci de rationalisation et de plus grande efficacité. Mais le traitement de ces dossiers reste encore trop éparpillé en particulier dans la branche retraite.

Le manque de coordination entre le CLEISS et la CNAMTS

Le CLEISS gère les créances et les dettes réciproques entre les régimes français et étrangers de sécurité sociale pour le compte de l'assurance maladie (cas des soins dispensés d'avance des frais en application des règlements européens de sécurité sociale et des conventions bilatérales).

Il est confronté dans la gestion des créances détenues sur des régimes étrangers (près de 1 Md€ par an) à des difficultés dont la plupart sont générées en amont par le travail de liquidation des CPAM. Mais il n'existe pas de véritable coopération entre le Centre et la CNAMTS pour résoudre des problèmes pourtant récurrents.

Le rapprochement des deux organismes, préconisé depuis de nombreuses années par la Cour, permettrait notamment de s'assurer de la validité et de l'exhaustivité des créances. A défaut d'amélioration rapide, la possibilité d'une intégration du

de la gestion des créances et des dettes dans la CNAMTS devrait être envisagée.

La CFE

La CFE gère, liquide et verse les prestations d'assurance maladie-maternité, invalidité, AT-MP des Français résidant à l'étranger qui s'assurent volontairement auprès d'elle, dans les mêmes conditions d'organisation et de gestion qu'une caisse de droit commun.

Pourtant, les règles du régime général qu'elle doit légalement appliquer, sauf exception prévue par les textes, ne sont pas toujours strictement respectées. L'application de cotisations d'assurance maladie-maternité minorées en faveur de l'affiliation à la CFE crée, par exemple, une distorsion par rapport à la solution du détachement.

Les différentes dispositions qui protègent la caisse des adhésions tardives d'assurés déjà malades ou âgés (délai de carence, droits d'entrée croissants avec l'âge) sont régulièrement suspendues par le conseil d'administration ou bénéficient d'une réglementation plus favorable (paiement rétroactif de cotisations maladie par les pensionnés) aggravant ainsi les risques financiers pesant sur la caisse.

Enfin, la question de la compatibilité du statut et des pratiques de la CFE avec le droit communautaire est clairement posée. En effet, les

Aspects internationaux de la sécurité sociale

régimes d'assurance volontaire ne peuvent intervenir en concurrence avec le régime obligatoire compétent du pays d'emploi. Or la totalité des Etats membres de l'UE offrent des protections, de niveau variable, contre les risques couverts par la CFE.

La caisse devrait donc, à l'instar d'autres organismes européens similaires, limiter son périmètre d'intervention aux pays hors EEE, ce qui ne manquerait pas de peser sur son équilibre financier.

Recommandations

→ 76. Clarifier le statut et les missions de la CFE et rendre son activité conforme au droit interne et aux principes communautaires.

→ 77. Renchérir les adhésions tardives à la CFE.

→ 78. Renforcer la coopération entre la CNAMTS et le CLEISS, y

compris dans le champ des ressources humaines.

→ 79. Dans les branches retraite et famille accentuer la mutualisation des ressources et des compétences pour la gestion des dossiers internationaux.

Conclusion générale

En 2009, le déficit du régime général a dépassé 20 Md€ (il devrait être d'environ 27 Md€ en 2010), du fait d'un effet de ciseaux entre une baisse des recettes notamment de cotisations, liée à la crise économique et une progression à peine ralentie des dépenses. La dégradation considérable ainsi constatée du déficit résulte, comme pour l'ensemble des finances publiques, de l'addition des effets de la crise et d'un décalage devenu chronique entre les recettes et les dépenses des différentes branches. Ces dernières années, le déficit de la branche maladie avait pu être réduit, tandis que celui de l'assurance vieillesse se creusait sous l'effet de la réforme des retraites de 2003 et du vieillissement démographique. Mais le déficit global ne descendait pas en deçà de 10 Md€.

Sans méconnaître le rôle important que joue le système de protection sociale, tout particulièrement en période de crise économique, la Cour rappelle cette année encore que les dépenses doivent être maîtrisées et les recettes sécurisées. Cela suppose des efforts partagés entre les contributeurs, les assurés et les professionnels de santé afin de revenir à l'équilibre, seule façon de sauvegarder notre système pour les générations à venir. Le retour indispensable à l'équilibre des comptes exige des réformes à effet rapide mais aussi structurelles et conduites dans la durée.

Dans la mesure où une progression des ressources est indispensable pour revenir à l'équilibre, priorité doit être donnée à la remise en cause des niches sociales par rapport à la création de nouvelles taxes ou à l'augmentation de leur base. La Cour assure cette année le suivi d'une précédente insertion sur ce point. Selon ses estimations, le coût de ces mesures pour les finances publiques est d'environ 70 Md€. Elle constate pourtant que les objectifs justifiant ces exonérations ou exemptions de charges, à savoir le développement de l'emploi ou un soutien particulier pour telle ou telle catégorie, ne sont jamais explicités a priori et leurs effets rarement évalués. Les mesures de réduction des niches adoptées ces dernières années constituent dès lors un progrès certain qu'il faut prolonger avec plus de vigueur, pour à la fois réduire les déficits et rétablir plus d'équité.

Du côté des dépenses, comme les années précédentes, la Cour s'efforce de proposer des mesures d'économies fondées sur une analyse critique des systèmes de protection ou de leur fonctionnement.

Après avoir analysé ces dernières années l'organisation du tissu hospitalier, les personnels hospitaliers, le fonctionnement de la T2A, l'organisation interne des hôpitaux et leur politique d'investissement, elle conclut cette année sur la situation financière dégradée de nombre d'établissements, alors même que le financement de l'hôpital par l'assurance maladie reste très dynamique. La Cour signale en outre le risque d'une sous-estimation de leur déficit, du fait d'un manque de fiabilité persistant de leurs comptes. Les efforts de redressement paraissent lents, les plans ou contrats de retour à l'équilibre restant notamment souvent vagues et mal suivis.

D'autres points relatifs aux dépenses de santé font l'objet d'un examen critique, orienté sur la nécessité d'une plus grande maîtrise des dépenses. Les constats faits cette année sur la politique d'imagerie médicale confirment et développent ceux de l'an passé sur les dépenses de radiologie. D'une manière plus générale, la Cour demande un renforcement des mécanismes de construction, de suivi et de sanction du respect de l'ONDAM. Pour les soins dentaires, fort mal pris en charge par l'assurance maladie, la Cour met en évidence les problèmes d'accès aux soins et l'importance des dépassements d'honoraires des dentistes.

Conclusion générale

Des marges d'économies existent également dans les dépenses de gestion. L'examen de l'organisation et de la gestion du système d'information de la branche maladie du régime général met notamment en évidence un défaut de pilotage stratégique, tant par le ministère que par la CNAMTS dont l'action est entravée à la fois par la multiplicité des réformes qu'elle doit mettre en œuvre dans des délais incompatibles avec la sécurité et la qualité, par l'éparpillement de ses 2000 informaticiens sur plus de 50 sites et par une insuffisance de personnels très qualifiés.

De même, une politique plus volontariste de prévention de l'absentéisme maladie dans les caisses locales contribuerait à une gestion plus efficiente. Enfin, une mise en œuvre plus effective dans les différents régimes des moyens nouveaux, juridiques et techniques, désormais accordés à la lutte contre les fraudes aux prestations devrait permettre des économies réelles même s'il convient de ne pas imaginer que cela permettrait de réduire significativement le déficit des branches.

La Cour a également constaté que les relations financières entre la protection sociale des institutions électriques et gazières (IEG) et le régime général sont à l'origine d'un surcoût pour ce dernier estimé actuellement à 500M€ par année, correspondant d'une part aux insuffisances d'assiette et de taux de cotisation maladie et famille et d'autre part aux dispositions adoptées en 2004 en matière d'adossement des prestations du régime spécial d'assurance vieillesse des IEG aux régimes de retraite de droit commun.

La Cour a poursuivi l'examen des effets de la réforme de 2003 sur les retraites en étudiant les mécanismes de décotes et de surcotes qui interviennent dans le calcul des pensions. Elle a constaté qu'ils ont permis de rendre effectif le principe de « libre choix » du moment du départ en retraite, mais à un coût certain et avec encore une trop forte variabilité de règles et des effets d'aubaine mal maîtrisés.

Par contre, elle dresse un tableau sévère des résultats illisibles de la sédimentation depuis 65 ans des mécanismes de prise en charge de l'invalidité, de l'inaptitude au travail et du handicap. Alors qu'il s'agit de personnes fragilisées, elles doivent s'adresser à de multiples guichets qui appliquent des référentiels différents pour apprécier l'incapacité.

La Cour s'est également intéressée à la situation des familles monoparentales pour constater qu'en dépit des aides fiscales et sociales dont elles bénéficient, leur niveau de vie reste très inférieur à celui des couples. Il convient donc avant tout d'aider les parents isolés à suivre des formations et trouver un emploi.

Enfin, les constats et recommandations de la Cour visent également à rendre plus lisible et plus homogène le fonctionnement de la protection sociale. Un contrôle accru de l'activité des commissions de recours amiable (CRA) dans les caisses devrait ainsi permettre d'éviter des décisions contraires au droit et d'harmoniser les remises de dettes. La Cour s'est également inquiétée de la prise en charge par la sécurité sociale des personnes qui se déplacent d'un pays à l'autre et dont la protection diffère selon leur statut (touriste, expatrié, détaché...). Cette diversité de statuts et l'intervention des instruments internationaux de sécurité sociale rendent particulièrement complexe les modalités de prise en charge des soins.

Conclusion générale

Rendre plus lisibles les règles de la protection sociale et en garantir une application plus homogène sur le territoire ; rénover des dispositifs anciens pour mieux les mettre au service d'objectifs renouvelés, comme la prévention de la précarité ou le libre choix du départ en retraite ; adapter des droits au contexte financier pour permettre le retour à l'équilibre financier : ces trois impératifs, qui tous impliquent une révision continue des réglementations sociales, ne sont pas antinomiques. Leur combinaison peut, au contraire, faire d'un effort incontournable d'économies l'occasion d'une adaptation indispensable de notre protection sociale.

La version intégrale de ce rapport peut être consultée sur le site
Internet de la Cour des comptes
www.ccomptes.fr
(pages ‘Cour des comptes’ rubrique ‘publications’)